

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu ,

portador do RG.:

Responsável por

Tendo-me explicado as vantagens, desvantagens e risco deste ato, AUTORIZO por meio deste documento a realização do transplante de enxerto de pele humana de origem alógena. Estou ciente da possibilidade da rejeição deste tecido, do risco da transmissão de doenças infectocontagiosas, da possibilidade de incorporação definitiva de partes ou de todo o tecido alógeno transplantado, da necessidade de eventuais tratamentos cirúrgicos e clínicos complementares, das possíveis alternativas de tratamento.

Cidade: , (data) de de

Assinatura

TESTEMUNHAS

Nome:

RG.: CPF.:

Tel.: Cel.: E-mail:

Endereço:

Cidade: Estado:

Nome:

RG.: CPF.:

Tel.: Cel.: E-mail:

Endereço:

Cidade: Estado: