Etiqueta:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBRO

_____ *(nome)*, _____ *(nacionalidade),* _____ *(estado civil),* _____ *(profissão),* residente e domiciliado(a) na _____, na cidade de _____, portador(a) da carteira de identidade nº _____, declara para todos os fins de direito que:

Na qualidade de responsável pelo(a) _____ *(nome do paciente)*, autoriza a equipe de cirurgia _____ , representada pelo médico _____, a proceder a amputação do _____ ao nível que for necessário à preservação da saúde do(a) paciente.

Declara estar devidamente cientificado dos limites em que a amputação ocorrerá, bem como, dos riscos que tal procedimento poderá ocasionar, inclusive no que diz respeito a possibilidade do procedimento não surtir os efeitos esperados pelos médicos, ou ainda, os riscos inerentes ao próprio procedimento cirúrgico.

Por ser verdade, firma a presente para a produção de todos os efeitos legais.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2009