

Consentimento Informado – UTI Adulto/Neo

O paciente (ou responsável pelo paciente), Sr.(a) _____
aqui declaro da plena autorização ao seu médico assistente, Dr. _____
C.R.M. nº _____ Estado de São Paulo para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico
e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas
que venham de encontro a necessidades cirúrgicas do caso, bem como da ciência de informações
sobre sua capacidade técnica profissional e comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe
forem fornecidas, inclusive quanto aos imprevistos ou eventualidades, comprometendo-se a seguir
as orientações médicas recomendadas.

TESTEMUNHA

1) _____

2) _____

_____/_____/20____

(assinatura paciente ou responsável legal)

Nome por extenso: _____

Endereço: _____

R.G.: _____

Assinatura do médico assistente

CRM: _____

Nome: _____