TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

(Aprovadas pela SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA)

Declaro que recebi o “TERMO DE INFORMAÇÕES PRÉ-CIRÚRGICAS” como também todos os esclarecimentos necessários sobre as informações específicas contidas neste termo sobre a cirurgia a ser realizada, onde foram explicados os detalhes sobre as cicatrizes resultantes, outros estados orgânicos, eventuais intercorrências, evoluções favoráveis e desfavoráveis pós-cirúrgicas, bem como os cuidados para minimizar esses problemas.

Assim, livremente e de espontânea vontade, assino(amos) o presente TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO para que o Dr. Willyan Antônio Seijin Inamine, C.R.M. –PR No. 16.377 possa realizar o procedimento clínico-cirúrgico

de _____

e para que produza os devidos efeitos legais.

_____

Data

_____

Paciente

_____

(Responsável legal, qdo.menor)