

Declaro que fui informado por _____
a respeito da possibilidade de realização do procedimento de enxertia cutânea (transplante de pele) durante o ato cirúrgico a que serei submetido, de forma clara e de fácil compreensão. Foram-me explicados também sobre os benefícios e possíveis intercorrências, bem como que o enxerto a ser utilizado é proveniente do Banco de Tecidos / INTO, e que não há ônus sobre o procedimento de transplante de pele.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

Em caso de impossibilidade de tomar decisões, eu autorizo o(a) Sr(a) _____

_____,
Identidade nº _____, a representar minha vontade.