

**TERMO DE CIÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO**  
**(preenchimento apenas em casos em que o paciente necessita de acompanhamento pós-operatório)**

NOME:	
CÉDULA DE IDENTIDADE:	CPF:
ENDEREÇO:	
ESTADO CIVIL:	DATA DE NASCIMENTO:

Informo que tenho pleno conhecimento dos efeitos adversos pós-operatórios em razão do(s) procedimento(s) médico(s) abaixo indicado(s), cujas especificações técnicas me foram plenamente esclarecidas pelo médico infrafirmado, e que serei acompanhado pelo(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/MF sob o n. \_\_\_\_\_, telefone n. \_\_\_\_\_, **durante e após o término do procedimento médico**, estando o médico e a clínica totalmente eximida em relação a qualquer risco decorrente da ausência de acompanhamento de pessoa indicada pelo(a) paciente. Declaro ainda que o médico poderá recusar-se a dar prosseguimento a todos os atos necessários ao procedimento cirúrgico, caso o paciente não esteja acompanhando, condição esta que lhe foi informada com a antecedência necessária da data da cirurgia.

<b>PROCEDIMENTO MÉDICO A SER REALIZADO:</b>

Florianópolis, \_\_\_\_\_ (dia), \_\_\_\_\_ (mês) de \_\_\_\_\_ (ano).

\_\_\_\_\_  
Nome do paciente ou responsável:  
RG:  
CPF:

<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL:</b>	
NOME:	
ENDEREÇO:	
ESTADO CIVIL:	DATA DE NASCIMENTO:
GRAU DE PARENTESCO COM O (A) PACIENTE:	

\_\_\_\_\_  
Nome acompanhante:  
RG:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Nome do Médico  
CRM/SC n.

TESTEMUNHAS

\_\_\_\_\_  
Nome  
RG:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Nome  
RG:  
CPF: