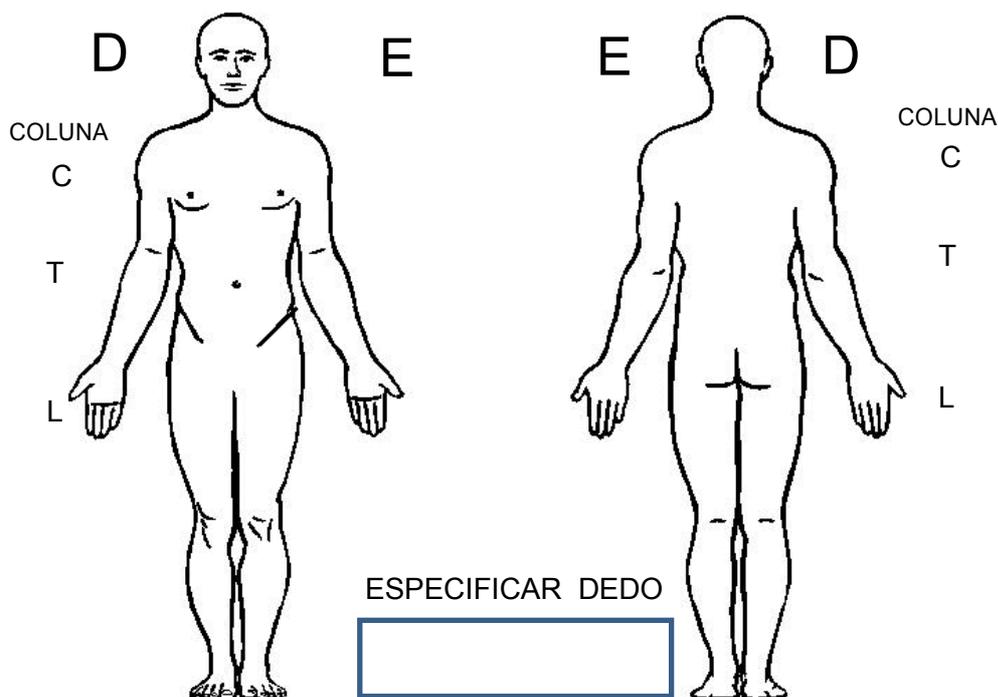


TERMODECONSENTIMENTOCOMPLEMENTAR - LATERALIDADE

O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao(à) médico(a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR sob o n.º \_\_\_\_\_ complementar ao termo de consentimento da cirurgia em questão (anexo principal).



Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Deve ser preenchido pelo médico assistente	
Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado e confirma a lateralidade da cirurgia.	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG N° _____	RG N° _____
NOME _____	NOME _____