


Serviço de Transplante de Fígado
Hospital das Clínicas - FMUSP
Telefone: 2661-7943

Documento 3

Termo de Consentimento


Eu,  RG: 
consinto em submeter-me ao transplante de fígado com doador vivo.

Eu li as informações a respeito da natureza, dos objetivos e dos riscos envolvidos nesta operação.


Nome do paciente


Assinatura

2 12 17
Data


Nome do médico

CRM-SP 151004


Assinatura

12 / 12 / 17
Data