



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

A ser preenchido pelo Paciente

Eu _____,

Carteira de Identidade nº _____ Órgão expedidor _____,

Residente na rua _____,

Nº _____ Bairro _____,

Cidade _____, Estado _____,

e telefone para contato _____, recebi pessoalmente as Informações sobre o tratamento que vou receber e declaro ter entendido as orientações prestadas, e (no caso do paciente ser do sexo feminino) de poder cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 3, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá - lo para ninguém.

ASSINATURA DO PACIENTE

NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL CASO O PACIENTE SEJA MENOR DE 21 ANOS:

NOME:

R.G. DO RESPONSÁVEL:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

DATA:

CRM:

ASSINATURA DO MÉDICO