

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, abaixo assinado declaro que estou participando por livre e espontânea vontade de Curso _____ no Estado _____, sob supervisão médica, na presença de alunos (médicos) e outros profissionais. Declaro que fui suficientemente informado(a) sobre as técnicas que serão realizadas, sendo esclarecido(a) das indicações, efeitos, risco, preparativos, cuidados pré e pós, além de intercorrências e detalhes relacionados á evolução do procedimento a que fui submetido(a).

Aceito a realização de fotografias antes, durante e depois dos atos médicos, tendo ciência de que as mesmas serão juntadas ao meu prontuário e poderão ser usadas com finalidade exclusivamente científica, desde que meu nome seja mantido em sigilo, estou ciente de que qualquer custo de preparação para demonstração (creme, tônicos, loções, e etc.) ocorrerão por minha conta , mas sob a orientação médica, e revisões médicas se necessárias, no período pelo médico.

CPF _____

Data ____/____/_____

Procedimento: _____
