

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: _____
