



Autorização de Amputação

Av:Dr. Gunter Hans, 5885 – Fone: (67) 3323-2000 - CEP: 79076-900 – Campo Grande – MS- www.penfigo.org.br

Eu _____
portador da RG: _____ CPF: _____ residente e domiciliado à

Rua/Av: _____
bairro: _____, na cidade de _____, UF: _____
grau de parentesco: _____ do
paciente: _____

portador do RG: _____ CPF: _____ residente e domicialdo à
rua/Av: _____
bairro: _____, na cidade de _____ UF: _____

Após obter todos os esclarecimentos médicos necessários, autorizo a equipe de Médicos do

HOSPITAL ADVENTISTA DO PÊNFIGO a realizarem o procedimento de Amputação do membro _____
do paciente acima citado, sob minha responsabilidade no momento que os mesmos julgarem conveniente.

Por ser verdade, firmo o presente para os devidos fins legais e jurídicos, assino o presente em três vias de igual teor e dou fé, na presença de duas testemunhas.

Campo Grande, ___/___/____

Responsável pelo paciente

Testemunhas

Nome: _____

Nome: _____

RG: _____

RG: _____

CPF: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura