



**HOSPITAL
ADVENTISTA
do PÊNFIGO**

Você em Boas Mãos

Autorização de Laparotomia Exploradora

Form.:114/19

Pág: 1/1

Vias: 01

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 cirúrgico de Laparotomia Exploradora do paciente acima citado, sob minha responsabilidade e ciente das possíveis complicações tais como: Fistulas(não cicatrização da sutura), Insuficiência Respiratória, Insuficiência Renal, Abscesso Intra-Abdominal, Parada Cardio-Respiratória, Seps e Falência Múltipla dos Órgãos.

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