

Declaro que fui informado por \_\_\_\_\_  
a respeito da possibilidade de realização do procedimento de enxertia cutânea (transplante de pele) durante o ato cirúrgico a que serei submetido, de forma clara e de fácil compreensão. Foram-me explicados também sobre os benefícios e possíveis intercorrências, bem como que o enxerto a ser utilizado é proveniente do Banco de Tecidos / INTO, e que não há ônus sobre o procedimento de transplante de pele.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA

Em caso de impossibilidade de tomar decisões, eu autorizo o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
Identidade nº \_\_\_\_\_, a representar minha vontade.