

## TERMO DE CONSENTIMENTO - SYNVISC

Eu:

data de nascimento:

autorizo o Dr. \_\_\_\_\_, CRM MG,  
a realizar o procedimento médico designado como APLICAÇÃO DE HILANO G-F20 (SYNVISC), em 3 aplicações.

A natureza da minha condição e dos procedimentos médicos propostos, incluindo os métodos de tratamento e não tratamento foram satisfatoriamente explicados à minha pessoa, assim como qualquer risco, substancial ou significativo de ocorrerem complicações.

Através desta reconheço que me foi dada ampla oportunidade de questionar sobre os procedimentos médicos escolhidos e as suas alternativas, bem como julguei satisfatórias as respostas aos meus questionamentos e compreendo os riscos envolvidos no tratamento a que voluntariamente vou me submeter.

Belo Horizonte,

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou Responsável