

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA NECROPSIA

PACIENTE: _____

RG: _____

Autorizo a realização da necropsia do paciente supracitado, com o intuito de esclarecer a causa da morte e/ou para fins didático-científicos.

Estou ciente de que a necropsia consiste no exame minucioso de diversos órgãos internos, que são retirados e posteriormente recolocados no corpo, à exceção de partes guardadas para estudo, especialmente o coração e pequenas amostras utilizadas para análise microscópica. Esse material poderá ser utilizado em pesquisas científicas e com finalidade didática, sem identificação do paciente.

NOME LEGÍVEL DO FAMILIAR/RESPONSÁVEL: _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

GRAU DE PARENTESCO COM O PACIENTE: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: