



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador(a) do
CPF _____, declaro que fui devidamente informado(a) em
linguagem clara e objetiva que por livre iniciativa aceito correr os riscos de realização do
procedimento de Facectomia (Catarata) durante o período de COVID 19.

Campo Grande, _____ de _____ de 2022

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Av Costa e Silva, s/nº - Cidade Universitária

Fone:

CEP 79070-900 - Campo Grande - MS

Referência: Processo nº 23104.035045/2018-70

SEI nº 1961476