



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS
OU DE RISCO EVENTUAL**

Declaro que li e compreendi o Informativo _____
que me foi entregue antes da realização do exame _____
a que serei submetido(a), e que contém as informações relevantes sobre o procedimento.

Tive a oportunidade de ter todas as minhas dúvidas esclarecidas.

Respondi adequadamente as perguntas que me foram feitas.

Autorizo a realização do procedimento invasivo ou de risco eventual, pela equipe médica do Hospital Samaritano.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

() Paciente () Responsável Grau de Parentesco: _____

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Testemunha: _____ RG: _____

Assinatura: _____

De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome: _____

Carimbo e Assinatura: _____