



CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ abaixo assinado, autorizo a realização do procedimento acima identificado e certifico que:

- Me esclareceram sobre a natureza e características do procedimento proposto e sobre os possíveis riscos atualmente conhecidos, complicações e benefícios envolvidos no procedimento;
- Estou ciente que qualquer aspecto deste consentimento informado que por acaso eu não tenha entendido pode ser explicado em maiores detalhes se eu questionar o meu médico ou os seus associados;
- Li este consentimento (ou me foi lido), que o mesmo me foi explicado e que eu entendi o seu conteúdo.

Declaro que tomei conhecimento, e que aceito realizar o exame mediante as condições acima descritas

Data

Assinatura conforme bilhete de identidade