

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, fui adequadamente orientado sobre o exame de Ecoendoscopia alta pela equipe do Serviço de Endoscopia do Hospital Português, tendo lido ou ouvido atentamente as orientações para a realização do procedimento e concordo com a sua realização, autorizando o médico a realizar os procedimentos diagnósticos que se revelem oportunamente necessários, incluindo punção. Afirmando também que fui informado adequadamente sobre os riscos potenciais do exame e suas possíveis complicações, assim como também fui avisado sobre a necessidade de retornar para o meu domicílio acompanhado e não dirigir carros, operar máquinas ou fazer ingestão de bebidas alcoólicas até o dia seguinte à realização do exame.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Responsável pela Orientação do Paciente no Serviço de Endoscopia

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



Av. Princesa Isabel, 914, Barra Avenida  
CEP 40.140 -901 Salvador - Bahia  
Tel.: 71 3203-5555  
[www.hportugues.com.br](http://www.hportugues.com.br)