



TERMO DE RESPONSABILIDADE AUSÊNCIA DE ACOMPANHANTE PARA EXAME RADIOLÓGICO COM CONTRASTE EM PACIENTES ADULTOS

Eu, _____, portador (a) do documento de identidade RG nº _____, estou ciente da necessidade de um acompanhante maior de idade para meu auxílio durante a realização do exame abaixo descrito, para o caso de alguma intercorrência durante o mesmo ou durante a minha estadia neste serviço de saúde, conforme fui orientado (a) no momento do agendamento do exame e também pela equipe do setor de radiologia.

Autorizo a realização do exame sem a presença de um acompanhante e responsabilizo-me por quaisquer intercorrências que possam vir a ocorrer.

Exame a ser realizado: _____

Telefone para contato: (____) _____ - _____

Local e data: _____, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura da paciente: _____