



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL - GDF
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - HRG
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu: _____, portador (a)
do RG: _____, autorizo a realização do procedimento:

_____ no paciente abaixo relacionado.

Declaro ter sido informado (a) sobre a necessidade do procedimento e estou ciente dos riscos e possíveis complicações do mesmo.

Gama, ____/____/201____

Nome do paciente

Responsável pela autorização/ grau de parentesco

Médico (a) solicitante.