Eu, _____ inscrito (a) no CPF nº _____, declaro ter sido devidamente informado (a) sobre a necessidade da realização do exame _____, conforme prescrição médica. Contudo, por razões pessoais devidamente justificadas, solicito a substituição do exame indicado para _____ assumindo total e exclusiva responsabilidade por essa decisão, bem como por eventuais consequências que dela possam advir.

Declaro que:

1. Recebi informações claras e detalhadas da equipe médica sobre os objetivos, benefícios, limitações e riscos do novo exame;
2. Fui esclarecido (a) quanto às possíveis implicações da alteração solicitada;
3. Compreendo que a equipe médica e a instituição de saúde não poderão ser responsabilizadas por qualquer intercorrência resultante da minha escolha.

Firmo este termo de forma livre e consciente, confirmando que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas antes da assinatura.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
_____	_____
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
_____	_____
RG Nº	RG Nº
_____	_____
NOME	NOME
Joinville (SC), _____ de _____ de _____. Hora: _____:_____	