

## **CONSENTIMENTO PARA VISIONAMENTO DE VIDEOGRAVAÇÃO DE CONSULTA**

**Autorizo o visionamento, por profissionais de saúde, da  
videogravação de consulta por mim realizada, para fins de  
formação e investigação médicas.**

**INTERNO**

---

**Assinatura**

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_