

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS EM PERÍODO DE PANDEMIA DE COVID-19

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Nº da Internação:

Eu compreendi que serei submetido a(o) procedimento/cirurgia de _____ com o Dr. _____ CREMERS _____, e fui informado (a) sobre a importância de controle desta pandemia de coronavírus (COVID-19). Estou ciente e compreendi os riscos de contágio, tanto para mim quanto ao meu acompanhante, os objetivos e o grau de importância da realização do(a) procedimento/cirurgia neste momento.

Sapiranga, _____ de _____ de 20____.

Nome completo do Paciente ou Responsável***:	
Assinatura:	CPF:

***Quando o paciente for menor de 18 anos, possuir responsável legal ou não estiver em condições de discernir e/ou assinar este documento.

Campo abaixo para uso do **Médico responsável** pela aplicação do termo de consentimento informado:

Assinatura e carimbo do médico:

TERMO DE ACOMPANHANTE DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS

Nome do acompanhante:	CPF:
-----------------------	------

Eu declaro que recebi e entendi as informações quanto às possibilidades de contágio:

Assinatura do acompanhante:	Hora: _____:_____
-----------------------------	-------------------