



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	TCI.MED.052 – Página 1/2	
Título do Documento	RESPONSABILIDADE PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS EM PERÍODO DE PANDEMIA DE COVID – 19	Emissão: 24/06/2020	Próxima revisão:
		Versão: 1	24/06/2022

NOME:	PRONTUÁRIO:
CPF:	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
RG:	
TELEFONE:	

Eu, _____ (paciente ou responsável legal), portador (a) do RG nº: _____ e CPF: _____, compreendi que serei submetido a procedimento/cirurgia de _____ pelo Dr (a) _____, CRM- CE: _____, e fui informado (a) sobre o controle da epidemia de COVID-19 na atualidade, tendo o médico sanado todas as minhas dúvidas antes da assinatura do termo, e deixado claro todos os riscos e consequências, sobre o contágio tanto a mim quanto aos meus acompanhantes e visitantes, esclarecendo inclusive os objetivos e grau de importância da realização do procedimento/ cirurgia neste momento.

Declaro também que fui esclarecida dos riscos de agravamento do meu estado clínico no intra- (durante a cirurgia) ou pós-operatório (após a cirurgia), caso eu esteja infectada pelo COVID-19, mesmo que não esteja apresentando sintomas.

Declaro ainda, que as respostas por mim fornecidas no questionário anexado a este termo correspondem à verdade dos fatos, quanto ao levantamento epidemiológico de possíveis sintomas ou contato com pessoas que tiveram a COVID – 19 nos últimos 14 dias.

Por não ter dúvidas sobre o que me foi exposto, acerca do procedimento/cirurgia e do entendimento sobre o momento atual de pandemia de COVID – 19, assino este termo concordando com o mesmo.

Fortaleza/CE, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) paciente ou responsável

Médico(a) assinatura/carimbo