

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento trata da explicação do funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente abaixo está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, conforme a Portaria Nº 356, de 11 de março de 2020 do Ministério da Saúde.

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____ declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) médico(a) Dr.(a) _____, sobre a necessidade de _____ (isolamento ou quarentena) a que devo ser submetido, com data de início em ___ / ___ / _____, previsão de término em ___ / ___ / _____, local de cumprimento da medida _____, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Para paciente acompanhado por responsável legal:

Nome do responsável pelo paciente: _____

Grau de parentesco: _____ Identidade Nº _____

Data: ___ / ___ / _____ Hora: ___ : ___

Assinatura (paciente ou responsável legal): _____

Deve ser preenchido pelo médico:

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado. Deverão ser seguidas as seguintes orientações:

Nome do médico: _____

CRM: _____

Data: ___ / ___ / _____ Hora: ___ : ___

Carimbo/Assinatura: _____