

**CONSENTIMENTO INFORMADO E TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA REALIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO, PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS EM PERÍODO DE PANDEMIA DE COVID-19**

<b>Paciente:</b>			
<b>RG:</b>		<b>CPF:</b>	
		<b>Data Nasc.:</b>	

Eu, \_\_\_\_\_  
compreendi que serei submetido a (o) procedimento / cirurgia de \_\_\_\_\_, pelo Dr. \_\_\_\_\_, CRMES \_\_\_\_\_ e sua equipe, no Hospital \_\_\_\_\_ tendo sido informado/esclarecido sobre o grau de importância da realização do (a) procedimento/cirurgia/internação neste momento.

Considerando a Declaração de Emergência em Saúde Pública de âmbito Internacional pela Organização Mundial da Saúde em 30 de janeiro de 2020 em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) e o avanço da pandemia, apesar de todas as medidas recomendatórias para controle e prevenção estarem sendo adotadas pelo Hospital e suas equipes assistenciais, declaro estar ciente e plenamente esclarecido dos riscos de contágio de COVID-19 em ambiente hospitalar/ambulatorial ou fora dele, tanto a mim quanto aos meus acompanhantes e visitantes, assim como possíveis complicações decorrentes de contaminação pelo COVID-19 pós internação e/ou procedimento cirúrgico, ainda que esta ocorra em ambiente externo, eximindo desde já a equipe médica/corpo clínico e o Hospital de qualquer responsabilidade neste sentido.

Sendo esta a expressão da verdade,

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL		MÉDICO	
Nome (se resp. legal):		Nome:	
Grau de parentesco:		CRM:	
RG:	CPF:		
		_____, ____ de _____ de _____.	

**TESTEMUNHAS**

TESTEMUNHA 1		TESTEMUNHA 2	
NOME COMPLETO:		NOME COMPLETO:	
RG:		RG:	

1ª via: médico

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento).