

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
ISOLAMENTO DOMICILIAR COVID 19

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Em atendimento ao disposto nas Portarias nº 356 de 11 de março de 2020 e 454 de 20 de março de 2020, expedidas pelo Ministério da Saúde, eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ declaro que fui atendido na data \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ no Hospital \_\_\_\_\_, devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ sobre a necessidade de **isolamento** a que devo ser submetido(a), bem como às pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, com data de início em \_\_\_\_\_ e **previsão de término** em \_\_\_\_\_, podendo ser prorrogado a critério do médico, e/ou determinação do Ministério da Saúde e demais órgãos, cujo local de cumprimento da medida será \_\_\_\_\_, bem como as possíveis consequências da sua não realização previstas na legislação vigente, especialmente no código penal brasileiro.

Tendo o isolamento sido indicado para casos enquadrados como “suspeitos”, declaro ter conhecimento de que a confirmação ou não do diagnóstico para Covid-19 se dará diretamente pelo órgão público responsável (Ex.: Secretaria do Estado da Saúde), a qual reavaliará a manutenção, prorrogação ou suspensão da medida de isolamento.

**PACIENTE/RESPONSÁVEL**

Nome: \_\_\_\_\_

Responsável (Grau de Parentesco): \_\_\_\_\_

Identidade Nº: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Telefone de Contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

**PREENCHIMENTO 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 pelos mesmos. 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: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

*(Este documento foi elaborado seguindo as diretrizes das Portarias nº 356 de 11 de março de 2020, e 454 de 20 de março de 2020, expedidas pelo Ministério da Saúde)*

1ª via: médico

2ª via: Prontuário