

**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:

(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)

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

_____, ____ de _____ de _____.

MÉDICO

Nome:

CRM:

TESTEMUNHAS

Nome completo:

RG:

Nome completo:

RG:

1ª via: médico

2ª via: paciente

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