



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA - COVID-19**

I. DADOS DO(A) PACIENTE

Nome completo:		
Data de nascimento:	Estado civil:	
CPF:	RG:	
Naturalidade:		
Endereço residencial:	CEP:	
Complemento:	Cidade:	UF:
Telefone:	E-mail:	

II. DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome completo:		
Data de nascimento:	Estado civil:	
CPF:	RG:	
Naturalidade:		
Endereço:		
Complemento:	CEP:	
Cidade:	UF:	
Telefone:	E-mail:	

III. DADOS DO MÉDICO

Nome:	CRM n°:
-------	---------

Fui devidamente esclarecido(a) pelo cirurgião(ã), e/ou equipe médica, sobre a pandemia de COVID-19, também chamada de novo coronavírus, que estamos vivendo, bem como dos riscos a que estarei exposto em relação a isso, em comparação aos prováveis benefícios que meu procedimento oferece.

Estou informado e compreendi que durante o período de tratamento clínico e/ou perioperatório (imediatamente antes, durante a cirurgia e no pós-operatório) estarei exposto a eventuais contaminações pela COVID-19 por contato com pacientes e/ou profissionais de saúde portadores do novo coronavírus, mesmo que assintomáticos e não sabedores de sua condição, e que isso poderá acarretar o desenvolvimento de sintomas variados com diferentes graus de gravidade, podendo gerar necessidade de internação em Unidade de Cuidados Intensivos, permanência hospitalar prolongada e até mesmo óbito.

Estou também ciente de que durante meu período de tratamento, por consequência da pandemia, membro ou membros da equipe médica que me assiste podem necessitar afastamento de suas atividades, acarretando na transferência de meus cuidados para outros profissionais da instituição. Ciente dos riscos e benefícios bem como dirimidas todas as dúvidas aceito realizar o procedimento.

São Paulo, dede 20....



**Hospital
Santa Catarina**

Associação Congregação de
Santa Catarina

Paciente

Responsável Legal

Médico

Testemunha
Nome:

Testemunha
Nome:

CPF:

CPF:
