



Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: / / _____

Nome da mãe: _____

DECLARANTE: () Paciente () Responsável ou Representante legal

Eu _____,

CPF: _____ RG: _____.

DECLARO que recebi deste hospital informações a respeito da pandemia de COVID-19 e todas as informações a respeito do procedimento médico indicado, a que serei submetido.

Declaro que fui informado (a) sobre a importância de controle da doença da qual sou portador (a) na atualidade e estou ciente que corro risco de contrair COVID-19 (imediatamente antes, durante o procedimento cirúrgico e no pós-operatório) e que compreendi os riscos de contágios, os objetivos e o grau de importância da realização do procedimento/cirurgia a que serei submetido, neste momento.

Declaro que estou ciente de que o procedimento cirúrgico é de caráter emergencial e que será realizado a fim de preservar a minha saúde e tenho consciência de todos os eventuais efeitos colaterais que poderão advir.

Declaro que me comprometo a tomar todas as precauções necessárias, a fim de tentar evitar a contaminação de COVID-19, de acordo com o que for solicitado por este hospital.

Declaro ter conhecimento que o contágio com o novo CORONAVÍRUS 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.

Declaro também estar ciente de que durante meu período de tratamento, por consequências 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.

Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas com o médico assistente e equipe de enfermagem sobre o procedimento a que vou me submeter, tendo lido e compreendido todas as informações deste documento, antes da sua assinatura.

Diante disso, declaro, por fim, que tendo avaliado cuidadosamente o assunto e sendo esta minha expressa decisão, fica autorizada a tomada de todas as medidas médicas que forem necessárias, inclusive minha internação, se for o caso.



Maceió, _____ de _____ de _____ Hora: _____:_____

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Assinatura e carimbo do Médico

OBSERVAÇÃO: MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar).

Assinatura do paciente ou responsável legal

Assinatura da 1ª testemunha

Assinatura da 2ª testemunha

1º via: Anexar ao Prontuário, 2º via: Paciente

2/2