

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Decreto n. 18467, de 12 de março de 2020)

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,

CPF nº \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ sobre a necessidade \_\_\_\_\_ (isolamento ou quarentena) a que devo ser submetido, com data de início \_\_\_\_\_, previsão de término \_\_\_\_\_, local de cumprimento da medida \_\_\_\_\_, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Paciente Responsável:

Número de parentes permanentes na mesma residência: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Identidade Nº: \_\_\_\_\_

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

Deve ser preenchido 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 \_\_\_\_\_