



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PORTARIA Nº 356, DE 11 DE MARÇO DE 2020)

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_ sobre a necessidade de  
\_\_\_\_\_ (isolamento ou quarentena) a que devo ser submetido, com data de início \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020,  
previsão de término \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( F ) ( M )  
Telefones de contato: \_\_\_\_\_

### LOCAL ONDE CUMPRIRÁ O ISOLAMENTO:

( ) casa ( ) apartamento ( ) sítio ( ) outro local (especificar): \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

### DADOS DO RESPONSÁVEL:

Nome: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Identidade Nº: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( F ) ( M )  
Telefones de contato: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*Observação: caso o paciente tenha tido contato com pessoa com suspeita e/ou diagnóstico confirmado para coronavírus, informar os dados:*

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( F ) ( M )  
Contato (telefone): \_\_\_\_\_  
Residência: \_\_\_\_\_

### 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 por eles. 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 (legível):

\_\_\_\_\_

Assinatura/CRM