

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## EM RELAÇÃO AO RISCO EPIDEMIOLÓGICO E IMPLICAÇÕES DECORRENTES DO COVID19

TER.INS.0014/03 Implantação: 04/2020 3ª Revisão: 01/2021

Eu,		, brasileiro	o(a), inscrito no	o CPF sob n°
, na cond				
esclarecido(a), com linguagem clara e ac		ECLARO que fu		
riscos a que estarei ou meu (minha) repres				
eletivo de		•	,	-
Cov-2 (Coronavírus), e que mesmo assir		•		
que o período de incubação da COVID-19 é				
que eu ou meu(minha) representado(a) já do procedimento mencionado, quer seja e				•
Compreendo que esse risco advém do co assintomáticos (que não apresentem sin móveis, materiais e/ou utensílios médico- que, mesmo que o Hospital Unimed Cha infecção, esta poderá ocorrer.	tomas) ou, a hospitalares o	até mesmo, com o que poderão estar o	outros profissionais contaminados, e tar	da saúde e com mbém compreendo
Tenho ciência que eventual infecção co musculares, distúrbios gastrointestinais insuficiência pulmonar, choque séptic desconhecidos). Além disso, compreendo	, oftalmológ o, falência	icos, dificuldade i de órgãos e riso	respiratória, falso co de morte (de	<b>abdômen agudo,</b> ntre outros ainda
outra forma de prevenção ou de cura co	•	-	edicamentoso esp	ecirico, vacina ou
<b>DECLARO</b> que, neste momento, não apres em relação a esta informação coloca em como os pacientes internados no Hospita veracidade da minha informação.	risco os profi	issionais de saúde e	envolvidos no meu	atendimento, bem
<b>DECLARO</b> , também, ter ciência de que ( grave pelo SARS-Cov-2 (COVID 19).	) pertenço	( ) não pertenço	ao grupo de maior	risco para doença
DECLARO, ainda, que eu e meu médic realização do meu procedimento eletivo, realizar o procedimento agora, mesmo ent Ainda, DECLARO que estou ciente de que orientação médica (preferencialmente pe as orientações de isolamento domiciliar o familiares.	dada à situaç endendo todo , caso aprese los canais nã	ção pandêmica atua os os possíveis risco nte algum dos sinto o presenciais, qua	al, e que decidimos os que isto implique omas acima descrit ndo possível) e que	de comum acordo e. os, deverei buscar e deverei respeitar
Assim, tendo lido, entendido e aceito <b>DECORRENTES DO COVID-19</b> a que estare pandemia pelo COVID 19, expresso meu instituição de responsabilização por event	i exposto ao r pleno conser	realizar o procedim ntimento para sua	ento eletivo acima	descrito durante a
Chapecó (SC), de	de	·		
Assinatura pasiente su responsável		 Assinatura médic		_
Assinatura paciente ou responsável Nome:			o assistente	
CPF/RG:				