

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ACOMPANHANTE	Código:
		DC.NSP.00000-05
		Versão:
		02
		Criado em: 24/06/2020
Nome do arquivo:	DC.NSP.00000-05_ TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ACOMPANHANTE.docx	

☐ Acompanhante

Etiqueta do Paciente

Nome legível: _____

CPF(MF): _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____

Testemunha: _____ ☐ Não há testemunha

Fortaleza, _____ de _____ de 20____ Hora: _____ : _____

Manifesto o desejo de **PERMANECER** na qualidade de acompanhante do paciente _____, RG N° _____ e CPF N° _____.

Estou ciente dos riscos de contaminação por COVID-19 e comprometo-me a seguir as regras de prevenção de disseminação do vírus:

- Contenção respiratória com uso ininterrupto de Máscara;
- Lavar as mãos frequentemente com água e sabão, ou utilizar álcool-gel 70%;
- Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência;
- Não circular nos corredores do Hospital;
- Evite tocar nos olhos, nariz e boca sem higienizar as mãos;
- Quando for tossir ou espirrar, cobrir a boca e o nariz com o cotovelo/antebraço.

Estou ciente ainda que **devo permanecer em isolamento social junto com o paciente, não sendo permitido circular pelo Hospital ou ter contato físico com os demais pacientes e acompanhantes.**

Assim, declaro agora que me foi oferecida a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas e, portanto, sinto-me satisfeito com as informações recebidas e compreendo o alcance e riscos da minha permanência como acompanhante do paciente, comprometendo-me a seguir as regras de isolamento social e etiqueta respiratória sob pena de incorrer na prática do crime de infração de medida sanitária preventiva previsto no artigo 268 do Código Penal.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Hora ____: ____

Ass.: (Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Médico Cirurgião

CRM