

| | | | | |
|--|--|-------------------|--------------------|-------------------|
|  | FORMULÁRIO | | | FOR |
| | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO COVID-19 | | | FOR-CRP-09 |
| | Data de Emissão: | Data da Revisão: | Número da Revisão: | Página: |
| | 28/04/2020 | 28/04/2020 | 00 | 1 de 1 |
| Aplicação: | SERVIÇOS PRÓPRIOS | | | |

Eu, _____, maior e capaz, em pleno gozo das minhas faculdades mentais, nascido(a) em ___/___/___, inscrito(a) no RG _____ e no CPF _____, declaro que:

1. Durante os últimos 14 dias, não apresentei nem estive em contato com quem apresentou algum dos sintomas relacionados ao COVID-19 (febre, falta de ar, cansaço, tosse seca ou coriza), assim como que não estive fora do país ou em lugar endêmico nem mantive contato com quem esteve;

2. Foi-me indicada, pelo médico abaixo subscrito, a realização de procedimento médico **eletivo**, denominado _____, durante o período de pandemia instaurada pelo COVID-19, uma vez que a sua não realização poderá ensejar as seguintes implicações clínicas:

3. Foi-me esclarecido, também, o objetivo e as chances de êxito do tratamento, assim como o risco de realizá-lo durante o período de pandemia, quando existe a recomendação de redução da realização de procedimentos cirúrgicos a fim de conter a propagação do novo coronavírus.

4. Estou ciente dos riscos de contágio com o Covid-19 (novo coronavírus) aos quais eu e meus visitantes/acompanhantes estaremos expostos em decorrência de eu optar pela realização de procedimento cirúrgico eletivo, em ambiente hospitalar, durante a pandemia;

5. Estou ciente que o contágio com o Covid-19 pode ocorrer enquanto eu estiver internado(a) no Hospital e mesmo durante o período pré-operatório, o que poderá prejudicar minha recuperação e ensejar complicações de saúde e até o óbito;

6. Estou ciente da política de visitas no Hospital do Círculo durante a pandemia;

7. Recebi, do meu médico assistente e responsável pela indicação do procedimento, as explicações necessárias sobre os riscos e/ou benefícios da não realização do procedimento, o que foi feito através de linguagem clara e acessível, a qual considero adequada, oportunidade na qual foram esclarecidas todas as minhas dúvidas relativas ao procedimento e às circunstâncias que dele podem decorrer, considerando, especialmente, o período de pandemia, tendo lido e compreendido todas as informações deste documento;

8. Estou ciente que o Hospital do Círculo não possui nenhuma ingerência sobre o procedimento médico que realizarei e que, tão somente, disponibilizará a estrutura necessária à sua realização;

9. Optei, de forma livre e esclarecida, pela realização do procedimento cirúrgico eletivo acima referido, durante a pandemia causada pelo covid-19, nos termos de indicação do médico supracitado.

Reservo-me o direito de revogar, por escrito, a qualquer tempo, este consentimento.

Caxias do Sul, ___ de _____ de 20__.

Carimbo e assinatura do médico

Cópia controlada

02/02/2021

Assinatura do paciente ou responsável

CPF do Responsável: _____