

	FORMULÁRIO			FOR
	TERMO DE RESPONSABILIDADE POR INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO COVID-19			FOR-CRP-10
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	28/04/2020	28/04/2020	00	1 de 1
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

Eu, _____, médico inscrito no CPF _____ e no CRM n.º _____, esclareço que a solicitação de realização do procedimento eletivo denominado _____, durante o período de pandemia instaurado pelo Covid-19, tem por fundamento o bem-estar do paciente e a sua não realização teria as seguintes implicações na sua saúde:

Ainda, enquanto médico assistente e solicitante do procedimento acima referido, confirmo que expliquei, detalhadamente, para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es) ou responsável(eis), o propósito e os benefícios, os riscos e as alternativas para o(s) procedimento(s)/tratamento(s) acima descrito(s), considerando o período de pandemia instaurado pelo Covid-19, responsabilizando-me pela transmissão correta das referidas informações.

Declaro, ainda, estar ciente das implicações que a indicação e a realização do procedimento cirúrgico eletivo poderão ter, considerando o período de pandemia, assim como que seguirei as orientações do Setor de Controle de Infecção Hospitalar.

Caxias do Sul, ___ de _____ de 20__.

Carimbo e assinatura do médico

Assinatura do paciente ou responsável
CPF do Responsável: _____