

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

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: \_\_\_\_\_

Cópia controlada  
02/02/2021