

**CONSENTIMENTO INFORMADO E TERMO DE RESPONSABILIDADE
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS EM PERÍODO
DE PANDEMIA DE COVID-19**

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Eu compreendi que serei submetido a (o) procedimento/cirurgia de

_____ ,

pelo Dr. _____ ,

CRM _____ , e fui informado (a) sobre a importância de controle desta doença na atualidade. Estou ciente e compreendi os riscos de contágios, tanto a mim quanto aos meus acompanhantes e visitantes, os objetivos e o grau de importância da realização do (a) procedimento/cirurgia neste momento.

Rio de Janeiro, _____ / _____ / _____

Nome legível

Nome legível

Assinatura (paciente /responsável)

Assinatura testemunha