

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido COVID-19

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – COVID-19, eu, _____, paciente (ou responsável legal do(a) menor _____), portador(a) do RG nº _____ e do CPF nº _____, residente no endereço da _____,

(cidade) _____/_____, CEP _____, na qualidade de paciente do (a) Dr.(a) _____, médico regularmente inscrito no CRM sob nº _____, profissional livremente por mim escolhido para realizar o tratamento descrito no planejamento de tratamento e planejamento de custos que integram meu prontuário médico e, Considerando a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19), declarada por meio da Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020;

Considerando as disposições regulamentadas na Lei 13.979/20, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus, responsável pelo surto de 2020;

Considerando as disposições regulamentadas no Decreto 10.282/20, em especial o disposto no art. 3º, § 1º, inciso I, que considera como atividades essenciais aquelas indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim consideradas aquelas que, se não atendidas, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população, em especial a assistência à saúde, aí incluídos os serviços médicos e hospitalares;

Considerando ter sido plenamente informado, orientado, esclarecido a respeito da possibilidade de contaminação pela Covid-19, inclusive sobre a evolução da patologia, que poderá ir desde casos assintomáticos, pequenas alterações de saúde, gripe, podendo levar a situações mais graves de insuficiência respiratória, com possibilidade de óbito, estando

totalmente ciente das implicações e riscos que envolvem, nesse momento, qualquer tipo de atendimento, tais como, exemplificativamente, ambulatorial, eletivo, consulta, exames, cirurgias, sem prejuízo de outros procedimentos ou mesmo urgência e emergência, assim como a continuidade dos tratamentos clínicos e cirúrgicos ou outros já iniciados em momento anterior à declaração da pandemia de Covid-19;

Declaro para os devidos fins: Que estou plenamente ciente dos riscos da realização de meu tratamento, tendo sido totalmente informado, orientado e esclarecido a respeito dos mesmos, após ampla e transparente conversa havida com meu médico assistente, assumindo a decisão pela continuidade de meu tratamento ou que o mesmo inicia-se nessa fase de pandemia, e que tal postura parte de meu exclusivo interesse, sem qualquer vício de consentimento ou vício de manifestação volitiva; Que, plenamente ciente e esclarecido,

DECLARO estar totalmente informado de todos os fatores de risco acima mencionados, dando meu aceite para que os procedimentos e tratamentos propostos pelo meu médico assistente sejam levados a termo, na forma por ele indicada, no intuito do restabelecimento de minha saúde.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2020.

Paciente e/ou Representante legal