

Pelo presente termo, eu (nome completo) _____
_____, declaro para os devidos fins, que fui informado sobre a pandemia de COVID-19, também chamada de novo coronavírus, que estamos vivendo, bem como dos riscos a que estarei exposto em relação a isso, em comparação aos prováveis benefícios que meu procedimento oferece.

Estou informado e compreendi que durante o período de tratamento **clínico, cirúrgico e/ou diagnóstico** estarei exposto a eventuais contaminações pela COVID-19, por contato com pacientes e/ou profissionais de saúde portadores do novo coronavírus, mesmo que assintomáticos e não sabedores de sua condição, e que isso poderá acarretar o desenvolvimento de sintomas variados com diferentes graus de gravidade, podendo gerar necessidade de internação em Unidade de Cuidados Intensivos, permanência hospitalar prolongada e até mesmo óbito.

Estou também ciente de que durante meu período de tratamento, por consequência da pandemia, membro ou membros da equipe médica que me assistem podem necessitar de afastamento de suas atividades, acarretando na transferência de meus cuidados para outros profissionais da instituição. Ciente dos riscos e benefícios bem como dirimidas todas as dúvidas, aceito realizar o procedimento.

Informo, também, o recebimento de uma cópia deste documento.

Porto Alegre ____, de _____, de 2020.

Nome do Paciente: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome do Responsável ou

Testemunha: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Verificação / Setor	Aprovação
Airton Bagatini / Comitê Pandemia Covid-19	Superintendências Administrativa e Médica



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
LIVRE E ESCLARECIDO
PANDEMIA COVID-19

TCLE CPC 001 / 003
2020 - 2022

Gestão da Qualidade Hospitalar: Proibida a Reprodução Total ou Parcial deste Documento

Verificação / Setor	Aprovação
Airton Bagatini / Comitê Pandemia Covid-19	Superintendências Administrativa e Médica