

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DURANTE A PANDEMIA  
PELO CORONAVÍRUS COVID-19**

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo/Idade: \_\_\_\_\_  
Conta: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_ Dt.int: \_\_\_\_\_

**DECLARANTE: ( ) PACIENTE ( ) RESPONSÁVEL OU REPRESENTANTE  
LEGAL**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ CRM/PR: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO**

DECLARO que:

1. o Dr. \_\_\_\_\_ CRM/PR nº \_\_\_\_\_ informou-me que o procedimento cirúrgico a que serei submetido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ acontecerá durante a pandemia pelo novo Coronavírus (COVID-19), declarada pela Organização Mundial da Saúde e reconhecida pelas autoridades brasileiras como situação de calamidade pública, bem como afirmo ciência do estado de transmissão comunitária do novo Coronavírus (COVID-19) no Brasil, conforme Portaria nº 454/20-MS, de 20 de março de 2020, amplamente noticiado pela imprensa mundial;

2. Foi esclarecido que o novo Coronavírus (COVID-19) se trata de um agente patológico que pode afetar qualquer membro da comunidade e que, por vezes, esse agente pode ser assintomático, e estou ciente:
  - (i) Do agravamento dos riscos que abarcam, tanto o procedimento, quanto os cuidados pós cirúrgicos, e sobretudo durante o período de minha internação, referente a possível contaminação pelo novo Coronavírus(COVID-19);
  - (ii) De que tais riscos decorrerão do contato ou aproximação com outros pacientes infectados, mesmo que assintomáticos ou até mesmo, com outros profissionais da saúde e com materiais médico-hospitalares que poderão estar infectados;
  - (iii) De que eventual infecção com o novo Coronavírus(COVID-19) poderá provocar em meu organismo febre, dores musculares, dificuldades respiratórias e, até mesmo, a própria morte;
3. Diante todas as circunstâncias inerentes ao período pandêmico, muito embora o Hospital Nossa Senhora do Pilar e sua Equipe, sigam plenamente as determinações legais para inibir quaisquer forma de contaminação, estou ciente de que o risco é existente, em ambiente hospitalar, pelas razões antes expostas, e como de conhecimento amplamente divulgado por todas as mídias;
4. **Não apresentei nos últimos 14 (catorze) dias quadro de febre, tosse ou tive o diagnóstico de infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19)**, e que entrarei em contato com o Hospital Nossa Senhora do Pilar caso presente, nos próximos 14 (catorze) dias, quadro de febre, tosse, dores musculares e/ou dificuldades respiratórias;
5. Ao chegar no setor de realização do procedimento proposto, compreendi que terei minha temperatura corporal verificada pela equipe de enfermagem através de dispositivo apropriado e, caso presente febre e meu procedimento não for considerado como de urgência, o mesmo será postergado até que eu apresente melhora do quadro clínico;
6. Entendo que este momento é de extrema gravidade e que toda a equipe de saúde estará equipada com dispositivos e equipamentos que reduzem drasticamente; mas não impossibilitam, o risco de contaminação pessoal pelo novo Coronavírus (COVID-19);

7. Sei que mantenho o direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes que o procedimento objeto deste documento tenha se realizado;
8. Diante das informações prestadas pelo médico responsável, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, as quais esclareceram os riscos envolvidos e não deixaram qualquer dúvida, **tenho ciência dos riscos de contaminação no ambiente hospitalar em razão da notória epidemia do Novo Coronavírus (COVID-19), e ratifico neste ato a minha livre e inequívoca autorização para prosseguir com todos os atos necessários para a realização do procedimento médico descrito neste instrumento; e**
9. Entendi que este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não substitui, mas apenas complementa, o Termo Específico ao meu procedimento.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(PACIENTE) ou (RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL)

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA

Nome:

RG:

CPF:

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA

Nome:

RG:

CPF:

## PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO

MÉDICO RESPONSÁVEL - em emergências, dois médicos deverão assinar.

DECLARO, para os devidos fins que:

( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente e/ou seu responsável/representante legal, quanto aos riscos de contaminação no ambiente hospitalar em razão da epidemia do novo Coronavírus (COVID-19), respondi a todas as perguntas formuladas pelo(a) paciente e/ou responsável/representante legal e acredito ter sido compreendido.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado. Motivo:

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
MÉDICO/CARIMBO

Nome:

CRM/\_\_\_:

\_\_\_\_\_  
MÉDICO/CARIMBO

Nome:

CRM/\_\_\_:

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA

Nome:

RG:

CPF:

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA

Nome:

RG:

CPF:

\_\_\_\_\_