

**SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE PARA PACIENTE DURANTE A PANDEMIA PELO COVID-19**

Nome:	
Sexo/Idade:	Conta:
Convênio:	
Médico:	
Dt.Int.:	

INDICAÇÃO CLÍNICA PARA A PRESENÇA DE ACOMPANHANTE DURANTE O INTERNAMENTO DO PACIENTE:

( ) SIM ( ) NÃO

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS:

---

---

---

---

---

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.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente.

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

\_\_\_\_\_  
MÉDICO/CARIMBO

Nome:  
CRM/\_\_\_: