

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/___: