

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____ declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) _____ sobre a necessidade de _____ (isolamento ou quarentena) a que devo ser submetido, com data de início _____, previsão de término _____, local de cumprimento da medida _____, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

| | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Paciente | <input type="checkbox"/> | Responsável |
|--------------------------|----------|--------------------------|-------------|

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____
Assinatura: _____ Identidade Nº: _____
Data: ____/____/____ Hora: ____:____
Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Deverão ser seguidas as seguintes orientações:

Nome do médico: _____
Assinatura _____
CRM _____