



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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 a que devo ser submetido, com data de início ____/____/2020,
previsão de término ____/____/2020, local de cumprimento da medida
_____, bem como as possíveis consequências da
sua não realização.

Paciente ()

Responsável ()

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____ Identidade Nº: _____

Data: ____/____/____

Hora: ____h: ____min.

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(a) médico(a): _____

Assinatura _____ CRM _____