

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIAS NÃO ADIÁVEIS
EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA COVID -19**

Eu, _____, RG _____, na
qualidade de paciente, ou _____, RG _____,
na qualidade de responsável legal, depois de receber esclarecimentos a respeito do meu diagnóstico e ser orientada
dos riscos e benefícios do tratamento, fui informada sobre as possíveis repercussões na postergação da minha
cirurgia.

Fui informada pelo(a) Dr(a). _____, CRM _____,
que, o atraso na cirurgia poderá acarretar em piora do meu quadro e aumento na possibilidade de complicações.
Fui orientada que no meu caso não existe tratamento, nesse momento, capaz de substituir ou postergar, com
segurança, a cirurgia.

Estou ciente de que nesse momento estamos vivendo uma situação de pandemia por COVID- 19 e que há risco de
contaminação durante o meu tratamento. Essa contaminação pode estar associada a um risco aumento de
complicações mais graves no pós-operatório, numa eventual infecção pelo novo Corona Vírus.

Após ter sido esclarecida acerca de todas as minhas dúvidas, e estar ciente de todos os riscos, tomei a decisão de
realizar a cirurgia nesse momento. Estou também ciente de que durante o período do meu tratamento, por
consequência da pandemia, poderá ocorrer afastamento de membro da minha equipe médica, incluindo o(a)
médico(a) assistente, acarretando em transferência dos meus cuidados a outros profissionais da instituição.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Nome do declarante ou responsável legal: _____

Assinatura: _____

Testemunha 1 – Nome: _____ Assinatura: _____

Testemunha 2 – Nome: _____ Assinatura: _____

Assinatura do médico: _____