



CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE –
Coordenação de Gestão de Pessoas
Coordenação de Recursos Humanos
Chefia de Seção de Pessoal

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG nº _____,
CPF nº _____ Lotado no : _____, Função
: _____, 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.

() PACIENTE

() 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 _____

_____ (ANEXAR A NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO) _____