

ANEXO 01 - CONSENTIMENTO INFORMADO E TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS EM PERÍODO DE PANDEMIA DE COVID-19

Dr. Gumercino P. Faria Filho
Diretor Técnico Médico
CRM - RJ 5246804-6

Unimed 
Costa do Sol

www.unimed.coop.br/costadosol
Rua Euzébio de Queiroz, 454
27910-230 Centro, Macaé - RJ
T.(22) 2105-8000

ATENÇÃO: O PREENCHIMENTO É OBRIGATÓRIO

Eu compreendi que serei submetido a (o) procedimento/cirurgia de _____

_____ ,
pelo Dr. _____ ,

CRM _____ , e fui informado (a) sobre a importância de controle desta doença na atualidade. Estou ciente e compreendi os riscos de contágios, tanto a mim quanto aos meus acompanhantes e visitantes, os objetivos e o grau de importância da realização do (a) procedimento/cirurgia neste momento.

Macaé/RJ, _____ de _____ de _____

Nome legível do paciente

Assinatura do paciente / responsável legal

Nome legível do testemunha

Assinatura da testemunha