



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - SCIH

Dr. Augusto César S. Sorage  
Diretor Técnico Médico do Hospital  
Unimed Costa do Sol  
CRM - RJ 5254777-7



**Hospital**  
[www.unimed.coop.br/costadosol](http://www.unimed.coop.br/costadosol)  
Rua Tenente Coronel Amado, 401  
27910-070 Centro, Macaé - RJ  
T. (22) 2105-8008

Eu, \_\_\_\_\_, fui devidamente esclarecido(a) da importância de saber dos resultados dos meus exames e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito. Declaro que se eu não comparecer para buscar os resultados dos exames abaixo discriminados:

\_\_\_\_\_

Ou, por algum motivo, deixar de comparecer ao tratamento nas datas agendadas:

( ) Não autorizo que este serviço de saúde entre em contato comigo;

( ) Autorizo e permito que este serviço de saúde entre em contato comigo, por meio de:

Telefone(s): ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Outro meio de contato determinado pelo beneficiário: \_\_\_\_\_

**Desde que respeitados os meus direitos à privacidade e sigilos das informações, assino esse termo em 2 (duas) vias, ficando uma cópia retida no serviço e outra comigo.**

Macaé/RJ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do beneficiário (letra de forma)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do beneficiário

\_\_\_\_\_  
Nome do representante legal (letra de forma)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal

\_\_\_\_\_  
Nome do entrevistador (letra de forma)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador