



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
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