



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Coronavírus)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
declaro que fui devidamente informado (a) pelo médico (a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ sobre a necessidade de \_\_\_\_\_ (isolamento ou  
quarentena) a que devo ser submetido, com data de início \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
e previsão de término \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, cumprimento da medida no município  
\_\_\_\_\_, bem como as possíveis consequências da sua não  
realização.

\_\_\_\_\_  
Assinatura paciente

\_\_\_\_\_  
Responsável / RG

#### Preenchido pelo médico

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou responsável, que está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
Médico / assinatura / carimbo

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Cidade, Data

Este documento não tem valor de atestado médico.

De acordo com a Portaria MS Nº 356 de 11 de março de 2020.