



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE INFORMAÇÕES**

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo assinado está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, pelo cirurgião (ã) e/ou equipe médica, informações de forma clara sobre a pandemia da COVID-19, bem como suas possíveis implicações nas cirurgias plásticas.

2. Recebeu, pelo cirurgião (ã) e/ou equipe médica, informações de forma clara que não deverá ter contato recente com pessoas infectadas pela COVID -19 e nem apresentar manifestações clínicas atribuídas a possível infecção, como febre, tosse, dor de garganta, cansaço, perda de paladar e olfato.

3. Está ciente sobre os riscos de contágio da doença, tanto do paciente quanto do visitante/acompanhante, durante o período de internação, bem como a finalidade e grau de necessidade da realização do procedimento/cirurgia neste momento.

4. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: _____

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____