



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO GRANDE DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ nº 06.554.166/0005-60



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, CPF _____
 _____ declaro que fui devidamente informado(a) pelo profissional de
 saúde _____ sobre a necessidade de
 _____ (isolamento ou quarentena) a que devo ser submetido, com data
 de início em _____, previsão de término
 _____, local de cumprimento da medida _____, bem
 como as possíveis consequências da sua não realização.

RESPONSÁVEL

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____ Identidade N°: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____: ____

Deve ser preenchido pelo profissional de Saúde

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Deverão ser seguidas as seguintes orientações:

Nome do Profissional de Saúde: _____

Assinatura: _____

Registro no Conselho: _____