



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

ANEXO DA RECOMENDAÇÃO DO CREMEB No 02/2020

CONSENTIMENTO INFORMADO E TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS EM PERÍODO DE PANDEMIA DE COVID-19 PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

1. Eu _____ compreendi que serei submetido a(o) procedimento/cirurgia de _____, pelo Dr. _____, CRM _____, e fui informado(a) sobre a importância de controle desta doença na atualidade. Estou ciente e compreendi os riscos de contágios, tanto a mim quanto aos meus acompanhantes e visitantes, os objetivos e o grau de importância da realização do(a) procedimento/cirurgia neste momento.

2. Declaro que todas as informações por mim prestadas são verdadeiras. Estou ciente de que a falsidade destas declarações poderão configurar em punição prevista em lei, além da ciência de responsabilidade sob todos os efeitos e danos causados pelas minhas declarações.

Salvador, ____ / ____ / ____

Nome legível

(paciente/responsável)
Assinatura Testemunha