



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA DE TIJUCAS
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(ESTA VIA FICA ARQUIVADA NO SERVIÇO DE SAÚDE)

Eu, _____, RGNº _____, CPF _____
declaro que fui devidamente informado (a) pelo médico (a) Dr. (a) _____
sobre a necessidade de(isolamento ou quarentena) _____ a que devo ser submetido, bem
como as pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades
no âmbito residencial, com data de início _____, previsão de término _____.
Local de cumprimento da medida (domicílio/endereço) _____
_____, bem como as possíveis consequências da sua NÃO
realização.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

<p>_____</p> <p>Assinatura do Paciente Sintomático</p>	<p>_____</p> <p>Assinatura do Responsável, se for necessário</p>
--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

Dados do Responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____ Identidade Nº: _____

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

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____

Local e data: TIJUCAS, ____/____/____ Hora: ____: ____