

## TERMO DE RESPONSABILIDADE DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
nome do paciente ou seu representante legal nacionalidade estado civil

\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ e no RG nº \_\_\_\_\_  
profissão

\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, confirmo que fui informado conforme a LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020, que a partir da coleta de amostra pra pesquisa de COVID-19 o laboratório comunicará o serviço público de saúde que passará a acompanhar o meu caso. Recebi as informações e me comprometo a cumprir as medidas de prevenção como: higienização das mãos (sabonete/água/álcool em gel) e a etiqueta da tosse. Fui orientado que caso apresente sintomas respiratórios e febre permanecerei em isolamento domiciliar até o resultado do exame se negativo, ou por 14 dias caso positivo. No caso de piora dos sintomas, entrar em contato com o profissional que solicitou a coleta.

Sob pena de responsabilização conforme lei em questão.

Uberaba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsabilizado

\_\_\_\_\_  
Telefone atualizado do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional responsável