

Termo de Consentimento  
Livre e Esclarecido  
**COVID-19**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – COVID-19, eu, \_\_\_\_\_, paciente (ou responsável legal do(a) menor \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente no endereço da \_\_\_\_\_, (cidade) \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, na qualidade de paciente do (a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, cirurgião dentista regulamente inscrito no CRO sob nº \_\_\_\_\_, profissional livremente por mim escolhido para realizar o tratamento descrito no planejamento de tratamento e planejamento de custos que integram meu prontuário e,

Considerando a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), declarada por meio da Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020;

Considerando as disposições regulamentadas na Lei 13.979/20, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019;

Considerando as disposições regulamentadas no Decreto 10.282/20, em especial o disposto no art. 3º, § 1º, inciso I, que considera como atividades essenciais aquelas indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim consideradas aquelas que, se não atendidas, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população, em especial a assistência à saúde, aí incluídos os serviços médicos e hospitalares;

Considerando ter sido plenamente informado, orientado, esclarecido a respeito da possibilidade de contaminação pela Covid-19, estando totalmente ciente das implicações e riscos que envolvem, nesse momento, um atendimento eletivo, ou mesmo uma consulta e/ou um atendimento odontológico;

Declaro para os devidos fins:

Que estou plenamente ciente dos riscos da realização de meu tratamento odontológico, tendo sido totalmente informado, orientado e esclarecido a respeito dos mesmos, após ampla e transparente conversa havida com meu cirurgião dentista, assumindo a responsabilidade pela decisão e pelo início/continuidade de meu tratamento e que tal postura parte de meu exclusivo interesse, sem qualquer vício de consentimento ou vício de manifestação volitiva;

Que, plenamente ciente e esclarecido, DECLARO estar totalmente informado de todos os fatores de risco acima mencionados, dando meu aceite para que os procedimentos e tratamentos propostos pelo meu cirurgião dentista sejam levados a termo, na forma por ele indicada, no intuito do restabelecimento de minha saúde.

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Paciente e/ou  
Representante legal