

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS ESSENCIAIS**

Prezados,

Tendo em vista o cenário de pandemia do novo coronavírus, SARS-CoV2, causador da COVID-19, seguindo as recomendações do CFM, ANVISA e ANS, esta instituição suspendeu a realização de procedimentos eletivos.

Considerando que não há proibição legal de realização desses procedimentos, apenas recomendações, com objetivo de reduzir a sobrecarga das unidades de saúde, a exposição desnecessária de médicos e pacientes ao risco de contaminação e a possibilidade de priorização da assistência aos casos graves da Covid-19, o Hospital Dona Helena decidiu pela retomada, gradual, do agendamento e realização dos procedimentos eletivos essenciais.

Todavia, é importante destacar que os riscos de doença grave e da necessidade de hospitalização aumentam com a idade e as comorbidades dos acometidos pela Covid-19.

Neste sentido, a Direção Clínica recomenda que os médicos do corpo clínico, com idade maior ou igual 60 anos ou com doenças crônicas ou gestantes ou lactantes ou com Imunodepressão, mesmo que saudáveis, permaneçam afastados da linha de frente e das demais situações que impliquem em contato direto com o paciente.

Cientes dos riscos e da recomendação dessa Direção, aos profissionais que, ainda sim, desejarem realizar procedimentos eletivos essenciais, solicitamos que assinem a declaração abaixo e encaminhem à Direção Clínica.

Declaro que li e compreendi todas as informações anteriormente apresentadas, estando ciente do potencial risco de contaminação pelo vírus “SARS-CoV2 (COVID-19)” e do meu enquadramento no grupo de risco pelo motivo\_\_\_\_\_. Todavia, é de minha espontânea vontade realizar procedimentos eletivos essenciais no Hospital Dona Helena.

Nome do Médico:

CRM:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico