

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
COVID-19 - (SARS-CoV2)**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – COVID-19(SARS-CoV2), eu, _____, paciente (ou responsável legal) do menor _____, portador(a) do RG nº _____ e do CPF _____, residente no endereço _____, Cidade _____, CEP _____-____, na qualidade de paciente de _____, cirurgião-dentista, regularmente inscrito (a) no CRO/MT sob nº _____, profissional livremente escolhido por mim para realizar o tratamento descrito no planejamento de tratamento que integram meu prontuário e,

Considerando a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV2), declarada por meio da Portaria nº188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020;

Considerando as disposições regulamentadas no decreto 10.282/20, em especial o disposto no art. 3º , parágrafo 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 (a), orientado (a), esclarecido (a) à respeito da possibilidade da contaminação pela Covid-19, estando totalmente ciente das implicações e riscos que envolvem, nesse momento, um atendimento eletivo ou mesmo uma consulta e/ou atendimento odontológico de urgência ou emergência;

Declaro para os devidos fins:

Que estou plenamente ciente dos riscos da realização de meu tratamento odontológico, conforme o planejamento proposto, assumindo a responsabilidade pela decisão e pelo início/continuidade do mesmo e que tal postura parte de meu exclusivo interesse, sem qualquer vício de consentimento ou vício de manifestação volitiva;

Cuiabá-MT, ____/____/____.

Paciente e/ou representante legal