

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Nome Social: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ CPF N°: _____ RG.: _____

CEP.: _____ Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Contatos

Tels.: _____ Cels.: _____ E-mail: _____

DADOS DO(A) ACOMPANHANTE

Nome: _____

Nome Social: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ CPF N°: _____ RG.: _____

CEP.: _____ Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Contatos

Tels.: _____ Cels.: _____ E-mail: _____

Declarações

Eu, ACIMA QUALIFICADO (A), ora me declarando como sendo a única pessoa no momento apta a figurar como Acompanhante do(a) Paciente acima identificado(a), e considerando a necessidade do(a) mesmo(a) em estar acompanhado(a) da minha pessoa durante o período em que o(a) mesmo(a) estiver internado(a), declaro para os devidos fins e efeitos que fui amplamente informado(a) sobre as medidas de prevenção de contágio adotadas pelo **A.C. Camargo Cancer Center** em decorrência da pandemia do COVID-19, sendo uma delas, a restrição de visitantes e de acompanhantes a pacientes internados na instituição.

Também fui cientificado(a) pela instituição que as restrições de visitas e de acompanhamentos acima mencionadas se aplicam ao público em geral, mas principalmente às pessoas que de acordo com orientações do Ministério da Saúde (2020) estão por algum motivo (clínico ou em virtude da idade) inseridas no chamado "Grupo de Risco", do qual eu reconheço estar inserido(a) em tal grupo de pessoas com riscos de contágio da doença em questão.

Desta forma, mesmo tendo sido informado(a) sobre a iminente possibilidade de contágio pelo COVID-19 em virtude de estar inserido(a) em grupo de risco, manifesto a minha livre e espontânea vontade em figurar como Acompanhante do(a) paciente acima referenciado(a), e que a deliberação da instituição nesse sentido é conferida em caráter excepcional, dada as necessidades do(a) paciente.

Estou ciente que além do risco de contágio pelo COVID-19, estarei exposto(a) também a outros tipos de riscos por permanecer por um tempo prolongado dentro do hospital, como (mas não somente) riscos de infecções por diversos agentes virais que podem prejudicar minha saúde e minha integridade física, não se descartando, inclusive, a possibilidade de eu tomar quedas, e da ocorrência de outros tipos de acidentes imprevisíveis.

No que tange à prevenção de contágio pelo COVID-19, recebi instruções de como eu devo me comportar em ambiente hospitalar por tempo prolongado, e os cuidados que devo tomar no dia-a-dia em vista da prevenção, como

por exemplo, sempre lavar bem as mãos com água e sabão; cobrir o nariz e boca ao espirrar ou tossir; não tocar a boca ou os olhos após tocar superfícies; evitar sair do quarto e transitar sem necessidade pelos corredores e instalações do hospital; manter distância de no mínimo um metro e meio de outras pessoas que estiverem no mesmo ambiente; não compartilhar objetos pessoais, etc, tudo como medida de precaução de contágio não somente à minha pessoa, mas também à pessoa dos demais pacientes, visitantes, outros acompanhantes e colaboradores da instituição.

Assim, por este Termo de Responsabilidade que ora assino de forma livre, espontânea e consciente, isento a instituição, terceiros, corpo clínico, corpo assistencial, colaboradores e prepostos do **A.C.Camargo Cancer Center** de qualquer tipo de responsabilização por eventuais danos a mim ocasionados por conta de minha livre e isolada decisão em figurar como Acompanhante do(a) paciente retro mencionado(a), tendo em vista que mesmo sendo sabedor(a) dos riscos previstos (e que podem ocorrer riscos imprevistos e acidentes), decidi por acompanhar o(a) paciente durante o seu internamento.

Declaro, para todos os fins, que o presente termo é firmado sem qualquer vício, sendo manifesta expressão de minha vontade.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Acompanhante

Testemunha
Nome:
CPF nº:

Testemunha
Nome:
CPF nº: