



O paciente-beneficiário ou seu representante legal, abaixo firmado, **DECLARA** que:

- Tem ciência do Estado de Calamidade Pública, reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6 de 20 de março de 2020, em razão da pandemia de COVID-19, pelo que está exposto a risco de contaminação ao frequentar e utilizar estabelecimentos de saúde;
- Foi devidamente orientado pelo seu médico assistente acerca da necessidade de realização dos procedimentos/exames neste momento, sob pena de prejuízos ao seu estado de saúde;
- Foi devidamente esclarecido e informado, quanto aos riscos possíveis da realização de procedimento eletivo durante este período de pandemia, inclusive referente a possível e eventual contaminação, declarando ainda, que até este momento, não está apresentando sintomas relacionados a COVID-19, sendo a realização do procedimento, sua LIVRE OPÇÃO e vontade, mesmo durante este período de pandemia mundial;
- Foi devidamente esclarecido sobre as restrições de visitas e acompanhantes que poderão ser aplicadas nesse momento, bem como das recomendações da **PORTARIA SES/RS Nº 274/2020**.

Ciente das considerações acima, o paciente-beneficiário ou seu representante legal, abaixo firmado, **AUTORIZA** a realização do procedimento, assim como as medidas necessárias em eventuais complicações e considera-se suficientemente esclarecido, conforme descrito na presente e explicações prestadas.

Médico e paciente declaram, ainda, que a Operadora Pró-Salute Serviços para a Saúde Ltda. prestou esclarecimentos quanto a redução ao mínimo indispensável da realização de procedimentos, visando a minimização da disseminação de COVID-19, em atendimento as recomendações das autoridades sanitárias do País.

Nome do paciente-beneficiário	
CPF do paciente-beneficiário	
Nome do responsável legal (se houver)	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.  
(Cidade e Data)

\_\_\_\_\_  
Paciente-Beneficiário ou seu Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico Assistente