

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CLÁUSULA COVID-19 (CORONAVÍRUS) – Declaro que fui total e claramente informado(a), pelo cirurgião-dentista, dos riscos de contágio do COVID-19, durante a realização do procedimento, uma vez que haverá contato ou aproximação com outros profissionais da área da saúde que podem estar infectados e assintomáticos. Também, fui comunicado(a), por ele, sobre os riscos para os meus acompanhantes e visitantes.

Curitiba, ____ de _____ de 2020.

Assinatura: _____

