



**Termo de Responsabilidade**  
**Acompanhamento de Internação Suspeita e/ou Confirmada de**  
**COVID - 19**



Eu \_\_\_\_\_, de nacionalidade \_\_\_\_\_,  
estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na  
\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_  
CEP \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_,  
estado \_\_\_\_\_, portador de cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_, e do  
CFP nº \_\_\_\_\_, DECLARO, para os devidos fins de direito, que estou ciente da situação  
epidemiológica de pandemia da COVID-19 (coronavírus) e que mesmo cientificado(a) pelos profissionais de saúde acerca  
do alto grau de transmissibilidade que é acentuada pelo contato e aglomeração em locais considerados de risco, tais como  
as unidades de saúde, decidi acompanhar o paciente \_\_\_\_\_  
em seu atendimento hospitalar me responsabilizando integralmente pelos riscos de contágio oferecido pelo ambiente,  
mesmo sendo tomadas todas as providências recomendadas pelo nosocômio "Hospital São Paulo de Araraquara – Unimed  
de Araraquara Cooperativa de Trabalho Médico".

Araraquara, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Nome / Assinatura