|  |
| --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ACIDENTE |

|  |
| --- |
|  **Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar informado (a) quanto as finalidades do protocolo de assistência a exposição ocupacional a material biológico. Portanto, estou ciente que devo realizar todos os exames sorológicos necessários (Anti HIV I e II; Anti HBC Total; Anti HCV; HBSag; Anti HBS).****Gurupi, To\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****ASSINATURA**  |

|  |
| --- |
|  **( ) Paciente fonte** **( ) Acidentado** |