|  |
| --- |
| 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** |