



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

() **Paciente fonte**

() **Acidentado**

Eu _____, portador do CPF _____/_____/_____-_____, matrícula SIAPE _____ declaro estar informado(a) e esclarecido(a) quanto às finalidades do Protocolo de Assistência a Exposição Ocupacional a Material Biológico. Portanto, autorizo a realização dos seguintes exames sorológicos: **Anti HIV I e II, Anti HBC Total, Anti HCV, HBSAg, Anti HBS.**

Assim como deixo os meus contatos disponíveis caso seja necessário à continuidade do tratamento:

- Nome da mãe: _____

- Data de nascimento: ____/____/____

- Telefone fixo: () _____ - _____ - Celular: () _____ - _____

- Endereço: _____

Goiânia, ____/____/____.

Assinatura