

Título

**TERMO DE RESPONSABILIDADE
PARA PERMISSAO TEMPORARIA DE
ACADEMICO DE MEDICINA**

Código

OD-DIR-013

Revisão

004

Data

17/05/2024

Página

1 de 1

Eu, _____, brasileiro, médico cooperado e membro do Corpo Clínico, portador do CPF nº _____, do CRM-ES: _____, declaro que o (a) _____, CPF nº _____, acadêmico de medicina, acompanhará as rotinas médicas realizadas no ambiente hospitalar sob o meu comando, nas áreas _____ no período de máximo de 30 dias.

Declaro, também, ser o único responsável pela presença do estudante, isentando o HOSPITAL UNIMED SUL CAPIXABA / HOSPITAL MATERNO INFANTIL de qualquer obrigação trabalhista, previdenciária ou tributária referente ao profissional, **já que não existem programas de estágio vigentes na instituição.** De igual forma, assumo a responsabilidade por eventual dano causado pelo profissional, independente de culpa, seja à Instituição, seus pacientes, colaboradores ou terceiros.

Declaro ainda que o profissional acima foi devidamente informado das normas de conduta e segurança do Hospital Unimed, inclusive as relativas ao uso de EPI's, proteção de dados e confidencialidade. Caso alguma norma seja descumprida, estou ciente que a responsabilidade é integralmente minha e que a Instituição poderá recusar a entrada do acadêmico até regularização, se esta for possível.

ORIENTAÇÕES

1. Devem ser entregues à Secretaria do Hospital Unimed Sul Capixaba os seguintes documentos, a fim de serem avaliados pela Diretoria:
 - Declaração da Instituição de ensino constando o número da matrícula e período, mês e ano de ensino;
 - Cópia simples documento com foto;
 - Comprovante de realização dos treinamentos de integração (online), disponibilizado através de link pela Secretaria Hospital Unimed após entrega do termo preenchido.
2. Após assinatura do médico responsável e autorização pela direção do Hospital Unimed Sul Capixaba, esse termo terá validade de 30 dias;
3. O acadêmico de medicina poderá acompanhar, na função de observador, procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos, realizados pelo médico responsável. Poderá realizar anamnese e exame físico no paciente. Porém, não está permitido a realização de procedimentos e prescrições.

Cachoeiro de Itapemirim, _____ de _____ 20_____.

Por ser verdade, firmo o presente.

Assinatura do médico

CPF: _____

Assinatura da Diretoria

CPF: _____