

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ATUAÇÃO COMO MÉDICO EVENTUAL NOS RECURSOS PRÓPRIOS

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome:

Doc. de Identificação:

CRM:

Especialidade:

Eu, acima identificado, na condição de profissional não pertencente ao Corpo Clínico do Hospital Unimed / Hospital Materno Infantil, declaro que, ao solicitar atuação como médico eventual, me comprometo a seguir o código de Ética Médica, zelar pela segurança do paciente, cumprir as diretrizes definidas por essa instituição, além das obrigações abaixo discriminadas:

1. Executar apenas os serviços para os quais fui devidamente autorizado e, para estes, exercer a medicina de forma digna, célere, humanizada e com observância aos artigos do Código de Ética Médica, do Código de Defesa do Consumidor e às boas práticas de conduta técnico-profissional, responsabilizando-me por quaisquer erros, falhas ou imperfeições que porventura ocorram.
 - 1.1 Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem os pacientes para fins de experimentação;
 - 1.2 Esclarecer ao paciente ou ao seu representante, se necessário por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de realizar ou não qualquer ato profissional;
2. Não transferir, no todo ou em parte, a execução dos serviços objeto desta autorização;
3. Estar devidamente registrado no Conselho de Classe e enviar documentos atualizados para análise da minha solicitação de médico eventual;
4. Preencher corretamente os documentos referentes ao atendimento dos pacientes, apresentando-os de forma legível e completa.
5. Assumir quaisquer danos causados diretamente à UNIMED SUL CAPIXABA, ou a terceiros, quando estes tenham sido ocasionados em decorrência da execução dos serviços acordados.
6. Prestar todos os esclarecimentos que me forem solicitados e atender a eventuais reclamações de clientes assistidos por mim;
7. Cumprir a Lei Geral de Proteção de Dados e manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento durante minha atuação nesse estabelecimento, não podendo, sob qualquer pretexto, utilizá-las para si, divulgar, revelar, reproduzir ou delas dar conhecimento a terceiros, responsabilizando-



me, em caso de descumprimento da obrigação assumida, por eventuais perdas e danos e sujeitando-me às sanções legais;

8. Zelar pela guarda e conservação dos bens móveis, utensílios e equipamentos, de propriedade da Unimed Sul Capixaba, disponibilizados para a execução dos serviços objeto deste acordo;
9. Relacionar-se com todas as pessoas de forma respeitosa e harmônica;
10. Prescrever os medicamentos e/ou utilizar materiais que sejam compatíveis com a tabela padronizada pela Unimed Sul Capixaba;
11. Prestar assistência médica de forma particular, conforme objeto da autorização para atuar como médico eventual, isentando a Unimed Sul Capixaba de qualquer obrigação sobre meus honorários médicos;
12. Notificar os eventos adversos por ventura identificados e/ou situações que possam ocasionar danos evitáveis a pacientes e demais membros da equipe.

Declaro ainda que conheço a eventualidade dessa relação e estou ciente de que deverei solicitar nova autorização de acesso a cada procedimento / paciente que assistir.

ES – Cachoeiro de Itapemirim, _____ de _____ de _____.

Assinatura médico eventual

