

|  |               |                           |                                      |
|--|---------------|---------------------------|--------------------------------------|
|  | <b>Tipo</b>   | Formulário                | <b>Código</b><br><b>FOR.CRED.005</b> |
|  | <b>Título</b> | Termo de Responsabilidade | <b>Revisão</b><br><b>02</b>          |
|  |               |                           | <b>Página</b><br><b>1 de 1</b>       |

Eu, \_\_\_\_\_, contratado como profissional \_\_\_\_\_ n° conselho \_\_\_\_\_, me responsabilizo em:

- Obedecer às normas internas do Hospital das Clínicas de Alagoins;
- Observar e seguir os Protocolos da instituição.
- Zelar pela qualidade da assistência e segurança do paciente.
- Respeitar os acordos firmados entre o Hospital das Clínicas de Alagoins e as operadoras de planos de saúde no que se refere a procedimentos, materiais especiais e medicamentos, salvo em caso de indiscutível prejuízo para o paciente.
- Observar a correta utilização dos equipamentos e materiais cirúrgicos, zelando pela sua conservação.
- Ressarcir o HCA dos prejuízos decorrentes do **MAU USO** de equipamentos.
- Observar e cumprir as Boas Práticas de Segurança da Informação, e suas diretrizes.
- Manter atualizados os meus dados cadastrais.
- Comunicar por escrito à Diretoria e ao líder da especialidade quaisquer indícios de irregularidades, desvios ou falhas identificadas, nos processos ou sistemas.
- Responder em todas as instâncias, pelas consequências das ações ou omissões de minha parte, que possam pôr em risco ou comprometer a segurança do paciente.

Declaro, nesta data, ter ciência que o cadastramento não constitui vínculo de emprego com o HCA e estar de acordo com os procedimentos acima descritos, comprometendo-me a respeitá-los e cumpri-los plena e integralmente.

Declaro ainda estar ciente que o descumprimento do presente Termo de Responsabilidade implicará em descadastramento desta instituição.

Alagoins, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>ELABORAÇÃO</b><br>DANIELA BARBOZA<br>COORD. CREDENCIAMENTO<br>DATA: 28.05.2019 | <b>REVISÃO</b><br>LAILLA CHAVES<br>AUX. ADMINISTRATIVO<br>DATA: 07.02.2020 | <b>APROVAÇÃO</b><br>MAURO AZI<br>DIRETOR EXECUTIVO<br>DATA: 07.02.2020 |
|---|--|--|