

ETIQUETA

1. Eu, na condição de paciente _____ ou seu(sua) responsável, Sr.(a) _____, assumo completa responsabilidade pela internação e pelos serviços prestados ou fornecidos, por ordem médica, ao(à) paciente acima identificado(a), e declaro, para todos os efeitos de direito, estar ciente e concordar com as responsabilidades assumidas por esse documento particular.

2. DO CONSENTIMENTO INFORMADO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

2.1. Fica assegurado ao paciente o direito de decidir livremente sobre a aceitação ou recusa da prestação de assistência à saúde oferecida pelo HOSPITAL, salvo nos casos de iminente perigo de vida.

2.2. Fica o HOSPITAL expressamente autorizado a executar, por si e ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos, terapêuticos, clínicos, cirúrgicos e ou laboratoriais indicados pelo médico responsável ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento necessário e indispensável à salvaguarda da vida do paciente, com a prévia concordância deste e após ter sido informado quanto aos seus riscos e benefícios, até o seu respectivo estabelecimento.

2.3. Fica estabelecido que a proposta de tratamentos, medicamentos, transfusões de sangue ou de qualquer de seus componentes ou procedimentos médicos aos quais o paciente poderá ser submetido e seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, serão explicadas durante os cuidados assistenciais pela equipe médica, sendo concedida ao paciente e ou ao seu responsável oportunidade de esclarecimentos de dúvidas, para fins de consentimento livre e esclarecido.

2.4. O paciente e/ou seu responsável declara estar ciente de que, apesar da evolução da medicina, da capacitação técnica dos profissionais, dos cuidados assistenciais prestados pelo Hospital em conformidade com as melhores práticas assistenciais, protocolos institucionais, diretrizes baseadas em evidências científicas e normas vigentes, envolve riscos inerentes à condição clínica do paciente, não havendo garantia de resultado do tratamento, podendo ocorrer complicações inesperadas, inclusive com risco de sequelas, incapacidade permanente ou óbito.

2.5. O paciente e/ou seu responsável declara estar ciente de que deve prestar, de forma completa e verdadeira, todas as informações relativas ao seu estado de saúde atual e pregresso, incluindo doenças, cirurgias, tratamentos realizados, uso de medicamentos e hábitos de vida, reconhecendo que a omissão ou prestação de informações incorretas poderá comprometer o diagnóstico, o tratamento e a segurança assistencial.

2.6. O paciente e/ou seu responsável declara estar ciente de que o HOSPITAL adota medidas sistematizadas de prevenção, monitoramento e mitigação de riscos, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, bem como com as recomendações da Organização Mundial da Saúde e demais órgãos reguladores aplicáveis.

3. DAS RESPONSABILIDADES DO PACIENTE E RESPONSÁVEL

3.1. Fica estabelecido que o paciente e seu responsável deverão respeitar e seguir os protocolos clínicos assistenciais do HOSPITAL, além das instruções e orientações médicas relativas ao tratamento ou a esclarecimentos de diagnósticos.

3.2. Fica declarada a inteira responsabilidade do responsável pela saída/remoção do paciente das dependências do HOSPITAL no mesmo turno do dia em que for dada a alta hospitalar.

3.3. O paciente ou seus responsáveis deverão providenciar a retirada dos pertences pessoais no momento da alta hospitalar. Caso os pertences não sejam retirados, poderão receber destinação administrativa adequada, inclusive descarte ou doação, conforme os critérios institucionais.

3.4. Fica expressamente autorizada pelo paciente o tratamento de dados pessoais e sensíveis, inclusive o compartilhamento do seu prontuário médico hospitalar com seu representante legal, operadora de saúde/convênio a qual é beneficiário, órgãos governamentais e poder judiciário, para atender os interesses pessoais do paciente, de seus familiares e da instituição médico-hospitalar, de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

3.5. Fica o paciente, assim como seu responsável ou acompanhante, ciente de assumir a responsabilidade pelo desaparecimento, subtração, apropriação indevida e ou danificação dos objetos pertencentes ao HOSPITAL e ou a terceiros que estiverem instalados ou localizados nas mesmas acomodações de internação do paciente, ficando obrigado a efetuar o pagamento compensatório referente ao desaparecimento ou danificação de objetos e ou equipamentos.

4. DAS CONDIÇÕES FINANCEIRAS E ADMINISTRATIVAS

4.1. Fica estabelecido que na hipótese de o paciente, no ato da internação, não apresentar a guia autorizada pelo convênio médico a que a instituição médico-hospitalar está conveniada, deverá seu responsável, no prazo de 48 horas, providenciar a guia devidamente autorizada. A não autorização da guia, seja em decorrência do diagnóstico apresentado pelo paciente ou pelas características do contrato existente entre o convênio e seu associado, terá como consequência a passagem do paciente conveniado para a condição de paciente particular, arcando com todas as despesas médico-hospitalares havidas, sendo exigido depósito para cobertura da conta.

4.2. Pacientes de convênio têm direito ao tipo de acomodação e leito previstos em seu plano. Na hipótese de o paciente e/ou responsável solicitarem transferência para acomodação de padrão superior, será cobrada taxa diária correspondente, conforme tabela vigente de cada convênio.

4.3. O paciente e ou seu responsável autoriza o HOSPITAL a emitir notas fiscais, faturas e duplicatas relativas à prestação de serviços, para fins de cobranças.

4.4. A despesa com o consumo de alimentos e bebidas serão de responsabilidade do paciente e ou de seu responsável.

5. DAS NORMAS DE INTERNAÇÃO E CONDUTA

5.1. Nas unidades abertas de internação, é importante a presença de um acompanhante com o paciente em tempo integral durante todo o período de internação, sendo permitida a permanência de apenas um acompanhante por vez.

5.2. A troca de acompanhantes deverá ocorrer até as 20h.

5.3. Os horários de visita nas Unidades de Terapia Intensiva (adulto, cardiológica e neonatal), bem como em outras unidades assistenciais específicas, serão informados no momento da internação ou diretamente pela equipe da unidade, podendo sofrer alterações conforme as necessidades assistenciais e as normas institucionais.

5.4. O HOSPITAL não fornece materiais de uso pessoal do paciente, como pijama, camisola, toalha de banho, toalha de rosto, fralda descartável, sabonete, escova de dente e creme dental.

5.5. Não é permitido utilizar os banheiros para lavar roupas e ou as expor no próprio banheiro ou em janela.

5.7. É dever do paciente e de seu responsável preservar as dependências da instituição, bem como materiais utilizados durante a internação.

5.8. Não é permitido o registro de imagens (fotografias e vídeos) pelo paciente, seu responsável e ou seu acompanhante, da instituição médico-hospitalar durante o período de internação.

5.9. O HOSPITAL não se responsabiliza pelo desaparecimento, subtração, apropriação indevida ou danificação de objetos pessoais de valor, como celular, carteira, documentos, dinheiro em espécie, jóias, relógio e outros bens em poder do paciente e ou de seu acompanhante.

5.10. Na hipótese de transferência do paciente para uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), fica estabelecido que o responsável e ou os acompanhantes do paciente deverão desocupar e liberar imediatamente a acomodação em que estavam instalados, sob pena de arcar com as despesas decorrentes de seu uso a nível particular.

5.11. O paciente poderá ser transferido para leito diverso daquele inicialmente disponibilizado sempre que houver indicação médica, necessidade assistencial, alteração do quadro clínico, exigência de isolamento ou outras circunstâncias relacionadas à patologia apresentada, bem como em razão de questões operacionais e de disponibilidade interna do Hospital. Tal transferência não ensejará qualquer direito a abatimento, compensação ou indenização.

5.12. Fica estabelecido que, na hipótese de indisponibilidade de leitos compatíveis com a categoria de acomodação prevista no convênio do paciente, o Hospital poderá, a seu exclusivo critério e conforme a disponibilidade existente no momento da internação, proceder à acomodação do

paciente em leito de categoria diversa. Nessa hipótese, não haverá qualquer cobrança adicional ao paciente ou ao responsável financeiro em razão da utilização de acomodação de padrão superior, tampouco será devido qualquer desconto, abatimento ou compensação caso a acomodação disponibilizada seja de padrão inferior ao originalmente contratado.

6. DA INTERAÇÃO ENTRE PACIENTE E ESTUDANTES

6.1. Fica o paciente, assim como seu responsável, ciente de que o HOSPITAL é uma instituição de assistência médico-hospitalar que tem como objetivo prestar serviço integral à saúde do paciente e da comunidade, colaborando também para a formação e ensino de profissionais da área da saúde, mantendo convênio com instituições de ensino superior da região a fim de disponibilizar sua estrutura assistencial para campo de estágio curricular aos graduandos em medicina, enfermagem, biomedicina, fisioterapia, nutrição, e outras ciências da saúde.

6.2. Declara o paciente, ou seu responsável, estar ciente de que, durante a internação hospitalar do paciente nesta instituição, poderá existir a interação entre graduandos e o paciente, que entre outros, incluem interrogatórios, exames físicos, acesso aos prontuários médicos e acompanhamentos em procedimentos, sempre com supervisão de um profissional habilitado e em consonância com o Código de Ética Médica e demais códigos que norteiam os profissionais da área da saúde, bem como com respeito à dignidade humana, sem discriminação de qualquer natureza, disponibilizando atendimento humanizado e respeitando a integridade física e mental do paciente.

7. DA OCORRÊNCIA DE ÓBITOS

7.1. Fica o HOSPITAL expressamente autorizado a realizar necrópsia e outros procedimentos necessários para apurar a causa mortis, quando inexistirem elementos suficientes para demonstrá-la ou quando a legislação assim exigir.

8. DA AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO

8.1. Autorizo o HOSPITAL a utilizar meus dados pessoais (nome, e-mail e telefone) exclusivamente para o envio de pesquisas de satisfação por meio de ferramentas automatizadas, especificamente via aplicativo chatbot no WhatsApp e no e-mail, após a minha alta hospitalar.

8.2. Estou ciente de que esta autorização é voluntária e que a recusa em fornecê-la ou a posterior revogação não prejudicará meu atendimento ou qualquer relação contratual com o Hospital.

9. DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS (LGPD)

9.1. Declaro estar ciente de que o tratamento dos meus dados pessoais pelo HOSPITAL observará as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD (Lei nº 13.709/2018), sendo realizado com base nos princípios da necessidade, finalidade, adequação, segurança e transparência.

9.2. Estou informado(a) de que meus dados serão armazenados e tratados de forma segura, com acesso restrito a profissionais autorizados e exclusivamente para finalidades relacionadas à assistência, gestão e melhoria dos serviços de saúde.

9.3. Tenho conhecimento de que posso exercer, a qualquer momento, os direitos previstos na LGPD, incluindo confirmação de tratamento, acesso, correção, anonimização, portabilidade, revogação de consentimento e demais prerrogativas legais, por meio do canal oficial do encarregado de dados: encarregado.lgpd@hci.org.br.

10. DO USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO ÂMBITO DO SERVIÇO PRESTADO

10.1. Estou ciente de que o HOSPITAL utiliza tecnologias de Inteligência Artificial (IA) nos processos assistenciais, administrativos e de suporte, exclusivamente para fins relacionados ao atendimento, diagnóstico complementar, análise de informações, melhoria da experiência do paciente e otimização dos fluxos internos, observando a legislação vigente.

10.2. Declaro estar ciente de que os sistemas de IA utilizados pelo HOSPITAL não substituem a avaliação técnica de profissionais de saúde, atuando apenas como ferramentas de apoio, e que qualquer decisão clínica permanece sob responsabilidade da equipe assistencial.

10.3. Reconheço que o uso de IA poderá envolver o tratamento de meus dados pessoais, sensíveis ou não, sempre de acordo com a LGPD, com a adoção de medidas de segurança, controle de acesso, anonimização quando aplicável e respeito às finalidades informadas.

11. DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE (SAC)

11.1. Declaro, ainda, estar ciente de que o HOSPITAL disponibiliza o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) como canal oficial para registro de dúvidas, solicitações, sugestões, elogios ou reclamações relacionadas ao atendimento. O atendimento presencial ocorre de segunda a

quinta-feira, das 07h30 às 12h e das 13h30 às 18h, e nas sextas-feiras, das 07h30 às 12h e das 13h30 às 17h, exceto em feriados. Os contatos também poderão ser realizados por meio dos seguintes canais: WhatsApp (55) 9 9106-8079, telefone (55) 3331-9340 ou e-mail sac@hci.org.br.

12. DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

12.1. Declaro estar ciente de que, quando o atendimento for realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é vedada a cobrança de quaisquer valores do paciente ou de seu responsável, sendo os serviços prestados de forma integral e gratuita, conforme previsto na legislação vigente.

13. DA PREVENÇÃO CONTRA FRAUDES E COBRANÇAS INDEVIDAS

13.1. Declaro estar ciente de que o HOSPITAL não realiza cobranças de valores por meio de contatos telefônicos, aplicativos de mensagens ou quaisquer outros meios informais (apenas por contatos corporativos), especialmente por parte de médicos, profissionais de saúde ou terceiros, em nome da instituição.

13.2. Estou ciente de que eventuais valores devidos pelo atendimento serão cobrados exclusivamente pelos canais oficiais do HOSPITAL, especificamente através dos setores de Relacionamento Comercial e Financeiro, que efetuam as cobranças por meio do WhatsApp institucional e de ligações telefônicas, exclusivamente pelos números +55 (55) 3331-9388 e +55 (55) 99711-9921.

13.3. Em caso de recebimento de qualquer solicitação de pagamento fora dos padrões institucionais, ou diante de qualquer dúvida, suspeita ou indício de fraude, comprometo-me a entrar em contato imediatamente com o hospital por meio do seguinte canal oficial: WhatsApp (55) 9 9106-8079, telefone (55) 3331-9340 ou e-mail sac@hci.org.br.

14. DA VALIDADE DO TERMO

14.1. O presente Termo de Responsabilidade, Consentimento e Ciência possui validade a partir da data de sua assinatura, produzindo efeitos legais imediatos e permanecendo vigente durante todo o período de atendimento do paciente junto ao HOSPITAL, inclusive em eventuais prorrogações de internação, reingressos relacionados ao mesmo quadro clínico ou continuidade do tratamento, salvo se expressamente revogado ou substituído por novo instrumento.

15. DA ABRANGÊNCIA DURANTE A INTERNAÇÃO

15.1. O presente termo aplica-se a todos os atos assistenciais, administrativos e operacionais realizados durante a internação hospitalar do paciente, abrangendo procedimentos diagnósticos, terapêuticos, clínicos, cirúrgicos, bem como serviços de apoio, internações em unidades específicas (inclusive Unidade de Terapia Intensiva - UTI), transferências internas e demais condutas necessárias ao adequado atendimento, conforme indicação da equipe assistencial.

16. DA CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA INTEGRAL

16.1. O paciente e/ou seu responsável legal declara, para todos os fins de direito, que leu, compreendeu e está plenamente ciente de todas as disposições constantes neste Termo, tendo tido a oportunidade de esclarecer dúvidas junto à equipe do HOSPITAL, manifestando sua concordância livre, informada e inequívoca com todas as condições, responsabilidades, autorizações e orientações nele estabelecidas.

Ijuí, _____ de _____ de _____.

Paciente

Responsável do Paciente