

|                                                                                                                   |                                                                                  |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  <b>HOSPITAL DE CLÍNICAS IJUÍ</b> | <b>TERMO DE RESPONSABILIDADE,<br/>CONSENTIMENTO E CIÊNCIA -<br/>AMBULATORIAL</b> | <b>FO-CONSENT-307</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|

|          |
|----------|
| ETIQUETA |
|----------|

1. Por este instrumento particular, o(a) paciente \_\_\_\_\_ ou seu(sua) responsável, Sr.(a) \_\_\_\_\_, declaro estar ciente e de acordo com os atendimentos, procedimentos e serviços ambulatoriais prestados ou fornecidos ao(à) paciente acima identificado(a), conforme indicação da equipe assistencial, assumindo as responsabilidades decorrentes deste Termo de Responsabilidade, Consentimento e Ciência, para todos os efeitos legais.

## 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 ou situações previstas em lei.

2.2. Fica o HOSPITAL expressamente autorizado a executar, por si e/ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos, terapêuticos, clínicos, ambulatoriais e laboratoriais indicados pelo médico responsável ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento, incluindo consultas, exames, administração de medicamentos, infusões, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, transfusões sanguíneas, pequenos procedimentos, terapias especializadas e atendimentos de urgência e emergência, mediante prévia ciência e concordância do paciente e/ou de seu responsável, após os esclarecimentos quanto aos riscos, benefícios e alternativas terapêuticas aplicáveis.

2.3. Fica estabelecido que as propostas de tratamentos, medicamentos, transfusões de sangue ou de seus componentes, procedimentos médicos e terapias aos quais o paciente poderá ser submetido, bem como seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas terapêuticas, serão explicados pela equipe assistencial durante o atendimento, sendo assegurada ao paciente e/ou ao seu responsável a oportunidade de esclarecimento 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 e dos cuidados assistenciais prestados pelo HOSPITAL em conformidade com as melhores práticas assistenciais, protocolos institucionais, diretrizes baseadas em evidências científicas e normas vigentes, os atendimentos e tratamentos realizados envolvem riscos inerentes à condição clínica do paciente, não havendo garantia de resultado, 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, alergias, histórico transfusional 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, 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/ou seu responsável deverão respeitar e seguir os protocolos clínicos assistenciais do HOSPITAL, bem como as instruções e orientações fornecidas pela equipe assistencial relativas ao tratamento, preparo para exames e procedimentos, uso de medicamentos e demais esclarecimentos diagnósticos e terapêuticos.

3.2. Fica declarada a inteira responsabilidade do paciente e/ou de seu responsável pela saída das dependências do HOSPITAL após a finalização do atendimento ambulatorial, bem como pela

retirada imediata de seus pertences pessoais. Os pertences eventualmente não retirados poderão receber destinação administrativa adequada, inclusive descarte ou doação, conforme os critérios institucionais.

3.3. Fica expressamente autorizada pelo paciente a realização do tratamento de dados pessoais e sensíveis, inclusive o compartilhamento de informações e prontuário com seu representante legal, operadora de saúde, órgãos governamentais e Poder Judiciário, quando necessário para fins assistenciais, administrativos, regulatórios ou legais, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD (Lei nº 13.709/2018).

3.4. Fica o paciente, bem como seu responsável e/ou acompanhante, ciente de que assume responsabilidade pelo desaparecimento, subtração, apropriação indevida e/ou danificação de objetos pertencentes ao HOSPITAL e/ou a terceiros localizados nas dependências da instituição, obrigando-se ao ressarcimento correspondente em caso de danos ou perdas causadas.

#### **4. DAS CONDIÇÕES FINANCEIRAS E ADMINISTRATIVAS**

4.1. Os atendimentos realizados pelo HOSPITAL poderão ocorrer nas modalidades Sistema Único de Saúde (SUS), convênio/operadora de saúde ou particular, conforme elegibilidade do paciente, cobertura contratual e disponibilidade assistencial.

4.2. Para a realização de atendimento ambulatorial eletivo por convênio, o paciente deverá apresentar, no ato do atendimento, a respectiva guia devidamente autorizada pela operadora de saúde conveniada ao HOSPITAL. Na ausência de autorização válida, ou em caso de negativa de cobertura pela operadora, o atendimento poderá ser realizado na modalidade particular, ficando o paciente e/ou seu responsável integralmente responsáveis pelo pagamento das despesas decorrentes dos serviços prestados.

4.3. O paciente e/ou seu responsável autoriza o HOSPITAL a emitir notas fiscais, faturas, boletos e demais documentos financeiros relativos à prestação dos serviços para fins de cobrança.

#### **5. DAS NORMAS DE ATENDIMENTO E CONDUTA**

5.1. Não é permitido ao paciente, responsável e/ou acompanhante realizar registros de imagens, vídeos ou áudios das áreas assistenciais, profissionais, equipamentos, prontuários, sistemas internos ou demais pacientes sem autorização expressa do HOSPITAL.

5.2. O HOSPITAL não se responsabiliza pelo desaparecimento, subtração, apropriação indevida ou danificação de objetos pessoais de valor, incluindo celular, carteira, documentos, dinheiro em espécie, joias, relógios e outros bens mantidos em posse do paciente e/ou acompanhante.

#### **6. DA INTERAÇÃO ENTRE PACIENTE E ESTUDANTES**

6.1. Fica o paciente, assim como seu responsável, ciente de que o HOSPITAL é instituição de assistência à saúde que também atua na formação acadêmica de profissionais da área da saúde, mantendo convênios com instituições de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, atividades práticas e programas de ensino.

6.2. Declara o paciente e/ou seu responsável estar ciente de que, durante o atendimento ambulatorial nesta instituição, poderá ocorrer interação entre estudantes e o paciente, incluindo entrevistas, exames físicos, acesso às informações assistenciais e acompanhamento de procedimentos, sempre sob supervisão de profissional habilitado e em conformidade com os princípios éticos, legais e assistenciais aplicáveis.

#### **7. DA AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO**

7.1. Autorizo o HOSPITAL a utilizar meus dados pessoais, tais como nome, telefone e e-mail, exclusivamente para envio de pesquisas de satisfação por meios eletrônicos e automatizados, incluindo WhatsApp e e-mail, após a finalização do atendimento.

7.2. Estou ciente de que esta autorização é voluntária e que sua recusa ou posterior revogação não prejudicará meu atendimento ou qualquer relação contratual com o HOSPITAL.

#### **8. DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS (LGPD)**

8.1. 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, exclusivamente para fins relacionados ao atendimento ambulatorial, assistência à saúde, execução de procedimentos, gestão administrativa e cumprimento de obrigações legais e regulatórias.

8.2. Estou informado(a) de que meus dados pessoais e sensíveis serão armazenados e tratados de forma segura, com acesso restrito a profissionais autorizados, exclusivamente para finalidades relacionadas à assistência ambulatorial, realização de consultas, exames, terapias, procedimentos, faturamento, auditoria, segurança assistencial e melhoria dos serviços prestados.

8.3. Tenho conhecimento de que posso exercer, a qualquer momento, os direitos previstos na LGPD, incluindo confirmação da existência 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](mailto:encarregado.lgpd@hci.org.br).

## **9. DO USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO ÂMBITO DO SERVIÇO PRESTADO**

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

9.2. Declaro estar ciente de que os sistemas de IA utilizados pelo HOSPITAL não substituem a avaliação técnica dos profissionais de saúde, atuando apenas como ferramentas auxiliares de apoio, permanecendo toda decisão clínica sob responsabilidade da equipe assistencial habilitada.

9.3. Reconheço que a utilização de sistemas de IA poderá envolver o tratamento de dados pessoais e sensíveis, sempre em conformidade com a LGPD, mediante adoção de medidas de segurança, controle de acesso, confidencialidade, anonimização quando aplicável e respeito às finalidades assistenciais e administrativas informadas.

## **10. DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE (SAC)**

10.1. Declaro 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 ambulatorial e aos serviços prestados. 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 oficiais: WhatsApp (55) 9 9106-8079, telefone (55) 3331-9340 ou e-mail [sac@hci.org.br](mailto:sac@hci.org.br).

## **11. DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

11.1. Declaro estar ciente de que, quando o atendimento ambulatorial 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.

## **12. DA PREVENÇÃO CONTRA FRAUDES E COBRANÇAS INDEVIDAS**

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

12.2. Estou ciente de que eventuais valores devidos em razão de atendimentos particulares, procedimentos sem cobertura contratual ou despesas autorizadas serão cobrados exclusivamente pelos canais oficiais do HOSPITAL, por intermédio dos setores responsáveis, utilizando apenas os meios institucionais oficialmente divulgados.

12.3. Em caso de recebimento de qualquer solicitação de pagamento fora dos padrões institucionais, ou diante de dúvida, suspeita ou indício de fraude, comprometo-me a entrar em contato imediatamente com o HOSPITAL por meio dos canais oficiais do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC): WhatsApp (55) 9 9106-8079, telefone (55) 3331-9340 ou e-mail [sac@hci.org.br](mailto:sac@hci.org.br).

## **13. DA VALIDADE DO TERMO**

13.1. 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 ambulatorial do paciente junto ao HOSPITAL, inclusive em retornos, sessões seriadas, continuidade terapêutica ou novos atendimentos relacionados ao mesmo quadro clínico, salvo revogação expressa ou substituição por novo instrumento.

## **14. DA ABRANGÊNCIA DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

14.1. O presente termo aplica-se a todos os atos assistenciais, administrativos e operacionais realizados no âmbito do atendimento ambulatorial do paciente, abrangendo consultas, exames

diagnósticos, coleta de materiais biológicos, administração de medicamentos, infusões, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, transfusões sanguíneas, pequenos procedimentos, procedimentos ambulatoriais invasivos, atendimentos de urgência e emergência, terapias seriadas e demais serviços necessários ao adequado atendimento do paciente, conforme indicação da equipe assistencial.

## 15. DA CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA INTEGRAL

15.1. 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