

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA OBSERVAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO

A **CASA DE CARIDADE DOM ORIONE**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 01.368.232/0001-60, com sede à Rua Dom Orione, nº 100, Centro, na cidade de Araguaína/TO, por sua diretoria técnica, vem, por meio deste instrumento, registrar a autorização concedida pelo paciente e pelo médico responsável para que o(a) Sr.(a) , portador (a) do CPF sob o nº , possa observar e assistir o ato médico denominado , a ser realizado pelo profissional médico , programado e agendado para o dia , no setor desta unidade hospitalar.

DAS CONDIÇÕES DE ENTRADA E PERMANÊNCIA DO OBSERVADOR:

Eu, na condição de Observador, solicito a autorização para **OBSERVAR** a execução do procedimento médico-cirúrgico acima identificado na Casa de Caridade Dom Orione, a ser realizado pelo profissional indicado. Ao assinar o presente Termo, assumo o compromisso de cumprir integralmente as seguintes condições:

- Meu acesso é exclusivamente para fins de observação. É estritamente proibido qualquer ato prático, intervenção, manuseio de equipamentos ou interferência na assistência prestada ao paciente.
- Devo utilizar a paramentação adequada dentro da sala de cirurgia, incluindo roupa privativa, pro-pé, touca, máscara cirúrgica e calçado fechado, garantindo a minha proteção e a do paciente.
- Devo higienizar as mãos antes e após a observação, utilizando álcool gel ou água e sabão.
- Não devo realizar contato com pacientes, instrumentais ou secreções.
- Devo respeitar as precauções adicionais indicadas pela equipe assistencial.
- É proibido o uso de adornos, como anéis, brincos, pulseiras, relógios, pingentes, etc., nas dependências do local.
- Comprometo-me a não realizar registros fotográficos, audiovisuais ou sonoros, mantendo absoluto sigilo sobre quaisquer informações pessoais, sensíveis ou de saúde a que eu tenha acesso, em total conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).
- Devo me retirar do ambiente cirúrgico imediatamente após o término do procedimento.
- Não devo circular com as roupas do ambiente cirúrgico em outras áreas da Casa de Caridade Dom Orione.

- Esta autorização é exclusiva para o procedimento e período identificados.
- Caso minhas ações ou omissões (por falha, descuido ou intenção) causem qualquer tipo de dano, comprometo-me a indenizar o hospital, os profissionais envolvidos ou o paciente pelos prejuízos decorrentes.

Declaro que este termo me foi explicado, que o li, entendi plenamente seu conteúdo e comprometo-me a cumpri-lo integralmente.

Araguaína/TO, ____/____/____

Assinatura do Observador

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE

Declaro que estou ciente das condições estabelecidas neste Termo e **AUTORIZO a presença do terceiro/observador acima identificado exclusivamente para fins de observação** do procedimento médico-cirúrgico ao qual serei submetido(a), nas dependências da Casa de Caridade Dom Orione.

Estou ciente de que **não haverá nenhuma intervenção prática**, bem como de que esta autorização **poderá ser revogada a qualquer tempo, antes da realização do procedimento**, sem ônus ou constrangimento.

Assinatura do paciente

AUTORIZAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Declaro que estou ciente das condições estabelecidas neste Termo e **AUTORIZO a presença do terceiro/observador acima identificado, exclusivamente para fins de observação**, durante a realização do procedimento médico-cirúrgico sob minha responsabilidade.

Assinatura do Médico