

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento particular, de um lado, o **COMPLEXO HOSPITALAR SAMUEL LIBÂNIO (CHSL)**, inscrito no CNPJ sob o número 23.951.916/0004-75, com sede na Rua Comendador José Garcia, 777, Centro, Pouso Alegre/MG, doravante denominado "HOSPITAL", e de outro lado, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, atuante como _____, doravante denominado "PROFISSIONAL DE APOIO", resolvem firmar o presente TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE, conforme o que segue.

1. OBJETO

O presente Termo tem por objetivo estabelecer as responsabilidades e limites da atuação do PROFISSIONAL DE APOIO dentro das dependências do HOSPITAL, garantindo a segurança e o bem-estar da parturiente e do recém-nascido.

2. RESPONSABILIDADES DO PROFISSIONAL DE APOIO

2.1. O PROFISSIONAL DE APOIO atuará exclusivamente no suporte emocional e físico à parturiente, não desempenhando qualquer função de caráter médico ou clínico, tais como:

- a) Realização de exames ou procedimentos clínicos;
- b) Administração de medicamentos;
- c) Intervenções diretas na evolução do trabalho de parto.

2.2. O PROFISSIONAL DE APOIO deve respeitar as normas e protocolos do HOSPITAL, bem como as orientações da equipe médica e assistencial.

2.3. O PROFISSIONAL DE APOIO declara estar ciente de que não integra a equipe assistencial do Hospital, de que não poderá interferir, opinar ou intervir nas condutas técnicas dos profissionais de saúde, bem como que sua atuação não substitui o trabalho dos profissionais de saúde e que deve atuar de forma colaborativa com a equipe hospitalar.

2.4. Manter o sigilo profissional e cumprir as normas previstas na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709/2018.

3. RESPONSABILIDADES DO HOSPITAL

3.1. O HOSPITAL permitirá o acesso do PROFISSIONAL DE APOIO às dependências hospitalares para acompanhar a parturiente, respeitando as normas institucionais e as diretrizes estabelecidas, desde que previamente autorizados.

3.2. O HOSPITAL não se responsabiliza por qualquer ato do PROFISSIONAL DE APOIO que

ultrapasse suas funções estabelecidas neste termo.

4. RISCOS E ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

4.1. O PROFISSIONAL DE APOIO declara que assume plena responsabilidade por seus atos dentro do HOSPITAL, isentando a instituição, equipe médica e equipe assistencial de qualquer responsabilidade por eventuais danos causados a terceiros decorrentes de sua atuação.

4.2. O HOSPITAL se reserva o direito de restringir ou impedir a permanência do PROFISSIONAL DE APOIO em caso de descumprimento das normas internas ou comprometimento da segurança da parturiente e do recém-nascido.

5. FUNÇÕES PERMITIDAS E NÃO PERMITIDAS AO PROFISSIONAL DE APOIO

5.1. Funções permitidas de serem exercidas pelo PROFISSIONAL DE APOIO

- a) Oferecer suporte contínuo por meio de apoio emocional e físico à gestante durante todo o trabalho de parto e parto;
- b) Permanecer junto à gestante, durante o auxílio da equipe técnica de enfermagem à pessoa grávida, para assumir posição que mais lhe agrade durante o trabalho de parto e parto, conforme liberação médica;
- c) Apoiar a gestante em qualquer opção decidida por ela referente ao método não farmacológico e farmacológico para alívio da dor;
- d) Auxiliar a gestante a utilizar técnicas de respiração, relaxamento e massagens;
- e) Acompanhar a puérpera na deambulação, se liberado pela equipe médica.

5.2. Funções NÃO permitidas ao PROFISSIONAL DE APOIO

- a) Orientar condutas clínicas relativas à condução do trabalho de parto;
- b) Interferir ou questionar condutas médicas ou da equipe assistencial, ou induzir a paciente a não aceitá-las durante o atendimento, fornecendo orientação diferente da equipe de saúde;
- c) Utilizar ou manusear equipamentos médicos, cirúrgicos ou de monitoramento, independentemente da sua formação profissional (ex: esfigmomanômetro, estetoscópio, monitor cardíaco em caso de cesárea ou na SRPA, sonar, cardiotocógrafo, etc);
- d) Solicitar a ministração de medicamento ou analgesia;
- e) Aferir os sinais vitais, realizar toques vaginais;
- f) Ministrar medicamentos, quaisquer que sejam, durante o período de internação hospitalar;

- g) Permanecer no Centro Obstétrico em caso de mudança de via de parto para cesárea ou intercorrência médica grave, quando solicitado verbalmente pelo médico assistente a se retirar;
- h) Transmitir informação à parturiente sobre o diagnóstico e tratamento que não tenha sido ainda informado pela equipe assistencial, podendo esclarecer os diagnósticos e condutas que já foram expostos à paciente para o benefício dela;
- i) Entreter-se com outras atividades que não as de sua responsabilidade, bem como circular pela unidade sem atribuição definida;
- j) Manipular ou solicitar acesso ao prontuário médico;
- k) Tratar de interesse particular dentro das dependências da instituição.

6. VIGÊNCIA

Este termo tem validade enquanto o PROFISSIONAL DE APOIO estiver acompanhando a parturiente nas dependências do HOSPITAL.

7. AUSÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO

O presente Termo não configura qualquer vínculo empregatício entre o PROFISSIONAL DE APOIO e o HOSPITAL, não havendo subordinação, habitualidade, exclusividade ou qualquer outro elemento que caracterize relação de emprego.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Este Termo será assinado em 2 (duas) vias de igual teor e forma, ficando uma via com cada parte.

Pouso Alegre, _____, de _____ de _____.

COMPLEXO HOSPITALAR SAMUEL LIBÂNIO

PROFISSIONAL DE APOIO

Testemunhas:

1. _____

CPF:

2. _____

CPF: