Universidade Federal de São João del-Rei

TERMO DE CONSENTIMENTO E AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTOS NOS AMBULATÓRIOS MULTIPROFISSIONAIS DE ESPECIALIDADES - AME/UFSJ

IDENTIFICAÇÃO
NOME:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG:

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado formaliza o presente Termo de Consentimento, DECLARANDO que:

1. Está ciente que o AME - Ambulatórios Multiprofissionais de Especialidades (AME-UFSJ) possui programas de Residência Médica e Estágios/Internato do Curso de Medicina do *Campus* Dom Boscode forma integrada à rede de saúde pública do município por meio dos quais oportuniza a sua estrutura assistencial para o campo de prática de profissionais já graduados e habilitados na profissão que desejam se especializar em determinada área da saúde, além de estágios/internatos dos estudantes nos últimos anos do Curso de Medicina do **Campus** Dom Bosco.

2. Está ciente que o AMEmantém convênio com o município de São João del-Rei para disponibilizar assistência médica e campo de estágio curricular para Acadêmicos em processo de graduação em medicina.

3. Está ciente que em razão do acima exposto, os atendimentos ocorrem com a interação do paciente/estudante com os acadêmicos de medicina ou residentes em medicina, sob a supervisão de um profissional/professor/médicoformado e especialista na área.

4. Está ciente que a citada interação será sempre realizada com respeito à dignidade, intimidade e integridade do paciente, ética e sigilo médico, bem

como visando qualificar o atendimento prestado, com a ampliação dos cuidados disponibilizados ao paciente/estudante.

5. Nessas condições, compreende a importância do papel desempenhado pelo AME na formação de profissionais qualificados e AUTORIZA a interação, durante o atendimento de saúde, entre o paciente/estudante e acadêmicos de medicina ou residentes médicos, tendo a ciência de que, a qualquer tempo, pode manifestar sua oposição quanto a isso, desde que faça mediante pedido à equipe assistencial.

São João del-Rei, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do(a) Paciente

_____

Assinatura do Responsável pelo(a) Paciente Quando a paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, _____
Registro Profissional _____, declaro que apliquei o presente termo de consentimento, após prestar os esclarecimentos sobre o seu conteúdo e importância.

_____

Assinatura