

Termo de Solicitação de Período Observacional

Eu, Dr.(a)

devidamente cadastrado(a) como corpo clínico na instituição:

Hospital Vila Nova Star

Maternidade Star Atlântica D'Or

Hospital São Luiz Itaim

venho solicitar que o(a) colega médico(a) ou estudante de medicina:

CPF _____ RG _____, participe, na qualidade de observador(a),
da minha rotina médica nessa instituição no período de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____.

O referido acompanhamento restringe-se, única e exclusivamente, à função de observador(a), com intuito apenas educacional, bem como não cria entre as partes vínculo empregatício de qualquer natureza.

Estou ciente e me comprometo que os preceitos éticos e comportamentais, descritos pelo código de ética médica e regimento interno do corpo clínico da instituição, serão cumpridos pela pessoa em questão e em caso de não cumprimento poderei ser acionado(a)/responsabilizado(a).

O(a) observador(a) se compromete também e assume total responsabilidade legal e civil de atuação sob os ditames da lei geral de proteção de dados (LGPD, lei 13709 de 14/08/2018).

Por ser expressão da verdade, firmo a solicitação acima.

Médico(a) do corpo clínico solicitante

CRM

CPF

Observador(a) solicitante

CPF