

TERMO DE RESPONSABILIDADE
REGRAS E ORIENTAÇÕES INSTITUCIONAIS

Eu, _____, RG nº. _____, e CPF nº. _____ residente da Instituição _____, matriculado no Programa de Residência do Hospital Amaral Carvalho, declaro para devidos fins que estou ciente das Regras e Orientações Institucionais, conforme descrito nos itens abaixo:

• **NR-32**

Todo estágio deverá seguir e estar adequado as exigências da NR-32 (Norma Reguladora 32 - NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde), com iniciação do estágio com todas as solicitações em conformidade.

- ✖ Vestimenta - dispositivo com qualidade de proteger o trabalhador dos riscos suscetíveis de ameaçar a sua segurança e a saúde no trabalho, usado sobre a roupa (exemplo: avental impermeável, jaleco).
- ✖ Calçado Fechado - aquele que proporciona total proteção da região do calcâneo (calcâncar), dorso (peito), ponta e laterais do pé. Calçado fechado não possui abertura(s) ou furo(s) na parte da frente (bico), calcâncar, laterais e/ou na parte superior.
- ✖ Adornos - qualquer elemento que serve para embelezar ou dar aspecto mais atraente as pessoas, tais como anel, pulseira, corrente, tornozeleira, escapulário, brinco de qualquer tamanho, relógio, piercing, alargador, cachecol, xale e outros acessórios de manta, lã, tecido ou seda utilizados para agasalhar o pescoço, ombros e cabeça, tiara com enfeite (pedraria, pena, flor ou outros), gravata, cordão de crachá e broche.
- ✖ Unhas - utilização de esmaltes em tons claros e unhas curtas.
- ✖ Cabelos - cabelos abaixo do ombro devem estar sempre presos.

- Vacinação

A situação vacinal do aluno estagiário deve estar em dia, para inicio do estágio, de acordo com a lista de imunizações do calendário de vacinação nacional:

- Hepatite B - 1^a dose, 2^a dose, 3^a dose
 - Dupla Bacteriana (tétano) - (reforço a cada 10 anos)
 - Tríplice Viral (sarampo, caxumba, rubéola) - 1^a dose, 2^a dose
 - Febre Amarela - dose único (reforço a cada 10 anos)
 - Varicela (catapora) - 1^a dose, 2^a dose
- () já adquiri a doença (não existe necessidade de imunização)
- Covid-19

Portanto, eu me responsabilizo a manter em dia a(s) vacina(s) indicadas no calendário vacinal e campanhas de vacinação solicitadas pelo Ministério da Saúde.

Declaro que fui orientado(a) pela minha COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL da Instituição _____ a tomar as vacinas em função das atividades desempenhadas neste estabelecimento de saúde e a seguir as orientações da NR-32.

Data: ____/____/_____

Assinatura do Declarante