

様式 4 (患者負担有)

**Verificação do consentimento da intermediação de intérpretes médicos voluntários**

O que é o Projeto de Intermediação de Intérpretes Médicos Voluntários da Província de Gifu?

O Projeto de Intermediação de Intérpretes Médicos Voluntários da Província de Gifu vem sendo executado em parceria entre o Governo da Província de Gifu, o Centro Internacional de Gifu e instituições médicas da província, visando que pessoas que não dominam o idioma japonês possam se consultar com segurança.

Os intérpretes médicos voluntários, portando conhecimentos e técnicas para a função, foram aprovados na avaliação para cadastro realizada pelo Centro Internacional de Gifu.

O intérprete médico voluntário faz o melhor de si para a sua interpretação. Caso você possua dúvidas ou caso não compreenda suficientemente o conteúdo interpretado, peça explicações até entender. A duração do trabalho do intérprete médico voluntário é de, em geral, 2 horas.

O intérprete médico voluntário não divulgará as informações confidenciais obtidas durante o trabalho.

Compreendido o conteúdo acima e desejando a apresentação de um intérprete médico, preencha e assine o formulário do termo de consentimento abaixo.

Conforme as circunstâncias do intérprete médico voluntário, poderá ocorrer casos em que ele não seja apresentado. Pedimos a compreensão.

Leia as “Observações importantes relacionadas à intermediação de intérpretes médicos voluntários”, em anexo.

Governo da Província de Gifu  
Centro Internacional de Gifu  
○○○○ (Nome da Instituição Médica)

-----  
**Termo de Consentimento**

- 1 Eu compreendo o propósito deste projeto de intermediação e aceito o intermédio de intérpretes médicos voluntários.
- 2 Concordo em oferecer dados pessoais ao intérprete médico voluntário, ao Centro Internacional de Gifu e/ou à ○○○○ (Nome da Instituição Médica) quando necessário para a interpretação.
- 3 Eu pagarei ao intérprete médico voluntário a importância de \_\_\_\_\_ ienes necessários para o uso deste projeto de intermediação.
- 4 O Governo da Província de Gifu, o Centro Internacional de Gifu e o/a ○○○○ (Nome da Instituição Médica) não se responsabilizam por danos decorrentes da intermediação de intérpretes médicos.

Dia \_\_\_\_\_ /Mês \_\_\_\_\_ /Ano \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente \_\_\_\_\_

Contato (Via de regra, fax ou e-mail de celular)

FAX \_\_\_\_\_

E-mail de celular \_\_\_\_\_

Contato caso não possua fax ou e-mail de celular

(Dia da semana \_\_\_\_\_ das \_\_\_\_\_ horas às \_\_\_\_\_ horas)

Número de celular \_\_\_\_\_

Telefone fixo \_\_\_\_\_ (Residencial • Comercial)

E-mail de computador \_\_\_\_\_

様式 4 (患者負担無)

**Verificação do consentimento da intermediação de intérpretes médicos voluntários**

O que é o Projeto de Intermediação de Intérpretes Médicos Voluntários da Província de Gifu?

O Projeto de Intermediação de Intérpretes Médicos Voluntários da Província de Gifu vem sendo executado em parceria entre o Governo da Província de Gifu, o Centro Internacional de Gifu e instituições médicas da província, visando que pessoas que não dominam o idioma japonês possam se consultar com segurança.

Os intérpretes médicos voluntários, portando conhecimentos e técnicas para a função, foram aprovados na avaliação para cadastro realizada pelo Centro Internacional de Gifu.

O intérprete médico voluntário faz o melhor de si para a sua interpretação. Caso você possua dúvidas ou caso não compreenda suficientemente o conteúdo interpretado, peça explicações até entender. A duração do trabalho do intérprete médico voluntário é de, em geral, 2 horas.

O intérprete médico voluntário não divulgará as informações confidenciais obtidas durante o trabalho.

Compreendido o conteúdo acima e desejando a apresentação de um intérprete médico, preencha e assinie o formulário do termo de consentimento abaixo.

Conforme as circunstâncias do intérprete médico voluntário, poderá ocorrer casos em que ele não seja apresentado. Pedimos a compreensão.

Leia as “Observações importantes relacionadas à intermediação de intérpretes médicos voluntários”, em anexo.

Governo da Província de Gifu  
Centro Internacional de Gifu  
○○○○ (Nome da Instituição Médica)

-----  
**Termo de Consentimento**

- 1 Eu compreendo o propósito deste projeto de intermediação e aceito o intermédio de intérpretes médicos voluntários.
- 2 Concordo em oferecer dados pessoais ao intérprete médico voluntário, ao Centro Internacional de Gifu e/ou à ○○○○ (Nome da Instituição Médica) quando necessário para a interpretação.
- 3 O Governo da Província de Gifu, o Centro Internacional de Gifu e o/a ○○○○ (Nome da Instituição Médica) não se responsabilizam por danos decorrentes da intermediação de intérpretes médicos.

Dia \_\_\_\_\_/Mês \_\_\_\_\_/Ano \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente \_\_\_\_\_

Contato (Via de regra, fax ou e-mail de celular)

FAX \_\_\_\_\_

E-mail de celular \_\_\_\_\_

Contato caso não possua fax ou e-mail de celular

(Dia da semana \_\_\_\_\_ das \_\_\_\_\_ horas às \_\_\_\_\_ horas)

Número de celular \_\_\_\_\_

Telefone fixo \_\_\_\_\_ (Residencial • Comercial)

E-mail de computador \_\_\_\_\_

## **Observações importantes relacionadas à intermediação de intérpretes médicos voluntários**

### 1 Comunicado sobre a definição da intermediação de intérprete médico voluntário

O Centro Internacional de Gifu entrará em contato através das informações disponibilizadas no termo de consentimento para verificar a possibilidade de intermédio. Diante da possibilidade, informará juntamente o dia e a hora de intermediação.

O contato será realizado através de fax (para aqueles que não possuem fax, o contato acontecerá por meio de email de celular). Para aqueles que não possuem fax, nem e-mail de celular, será telefonado ao celular.

Caso não haja nenhum comunicado do Centro Internacional de Gifu até 2 dias antes da data desejada para a intermediação, pedimos a gentileza de entrar em contato com os responsáveis abaixo.

### 2 Cancelamento da intermediação de intérprete médico voluntário

Após receber o comunicado de possibilidade de intermédio do intérprete médico voluntário do Centro Internacional de Gifu e caso seja necessário cancelar o intermédio devido às circunstâncias, favor ligar rapidamente para o responsável abaixo. Caso o responsável não se encontre, favor comunicar via e-mail. Neste caso, colocar no título do e-mail “CANCEL – Nome (em alfabeto romano)” e escrever claramente no corpo do e-mail os motivos para o cancelamento.

Caso o uso da intermediação de intérpretes médicos voluntários seja cancelado sem aviso prévio até às 15h do dia anterior, o usuário poderá ter que arcar com as despesas.

Além disso, caso seja feito o cancelamento sem aviso prévio, não serão mais aceitas solicitações para a intermediação de intérpretes médicos voluntários.

Contatos do Centro Internacional de Gifu Telefone: 058-214-7700 E-mail: <a href="mailto:gic@gic.or.jp">gic@gic.or.jp</a>
--

様式 7

**Notificação sobre a definição da intermediação de intérprete médico voluntário  
(Para uso do paciente)**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
dia mês ano

Paciente

Sr(a) \_\_\_\_\_

Diretor Presidente  
Centro Internacional de Gifu

Referente ao acima descrito, notificamos o seguinte:

Nota

É possível realizar a intermediação do intérprete médico voluntário para o dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, às  
\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min.

Não é possível realizar a intermediação do intérprete médico voluntário nesta ocasião.

(※一方を削る)

Solicitação de pagamento

Sr(a) \_\_\_\_\_

Solicitamos o pagamento de \_\_\_\_\_ **ienes** referente à gratificação do intérprete médico voluntário.

Dia \_\_\_\_/Mês \_\_\_\_/Ano \_\_\_\_\_

Gifu-ken Gifu-shi Yanagase Dori 1-12 Gifu Chunichi Bldg 2F

Centro Internacional de Gifu No. de registro do intérprete médico voluntário ㊦



Recibo

Dia \_\_\_\_/Mês \_\_\_\_/Ano \_\_\_\_\_

Sr(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, **ienes** (valor com imposto \_\_\_\_\_)

Confirmamos o recebimento da gratificação para o intérprete médico voluntário.

Gifu-ken Gifu-shi Yanagase Dori 1-12 Gifu Chunichi Bldg 2F

Centro Internacional de Gifu No. de registro do intérprete médico voluntário ㊦



Recibo (2ª via)

Dia \_\_\_\_/Mês \_\_\_\_/Ano \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, **ienes** (valor com imposto \_\_\_\_\_)

Confirmamos o recebimento da gratificação para o intérprete médico voluntário.