

**Fluxo para presença de fotógrafo(a) no Hospital Itamed**

Atenção!

Para a entrada no Centro Obstétrico, a paciente deverá enviar antecipadamente, **para o e-mail [depenfermagem@itamed.com.br](mailto:depenfermagem@itamed.com.br)**, os seguintes documentos devidamente preenchidos e assinados:

- Solicitação de autorização de registro fotográfico;
- Termo de acompanhamento para presença de fotógrafo no Hospital;
- Documento oficial do fotógrafo(a) com foto.

A partir do recebimento e análise dos documentos pelo setor, enviaremos a devolutiva para a paciente em até 7 dias úteis.

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REGISTRO FOTOGRÁFICO**

Eu, \_\_\_\_\_, solicito autorização para entrada do(a) fotógrafo(a)  
\_\_\_\_\_, para registrar o meu parto que está previsto a partir  
do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, e que será realizado pelo médico \_\_\_\_\_.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

---

Assinatura da Paciente

---

Assinatura do(a) médico(a) obstetra (em caso de disponibilidade)

**Termo de acompanhamento para presença de fotógrafo(a) no Hospital Itamed**

Eu \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_,

CNPJ nº \_\_\_\_\_, na condição de fotógrafo(a) na maternidade do Hospital Itamed e ciente das minhas obrigações. Afirmo meu compromisso na atuação como fotógrafo(a):

1. Prestarei serviço e registrarei as imagens do parto da Sra. \_\_\_\_\_;

2. Seguirei as normas internas do Hospital, bem como os cuidados de higienização necessários;

3. Seguirei as recomendações médicas e de enfermagem passadas pela equipe responsável, inclusive com relação à permanência no local do procedimento e aos equipamentos a serem utilizados, ciente de que a equipe poderá determinar o afastamento se assim entender necessário;

4. Estarei atento quanto ao não registro de imagens antes da autorização da equipe em casos de:

- Anestesia geral;
- Nascimento de prematuro;
- Intercorrências intraoperatórias;

5. Prezarei o silêncio, evitando conversas paralelas e qualquer interferência nos procedimentos técnicos;

6. Limitarei o tráfego dentro de sala cirúrgica a fim de evitar a contaminação de materiais e campos estéreis;

7. Realizarei a limpeza adequada da câmera e outros equipamentos para garantir a segurança e evitar a contaminação do ambiente hospitalar;

8. Utilizarei as imagens captadas apenas para a finalidade de registro do nascimento da criança;

9. Estou ciente da proibição de registro de qualquer imagem que não seja referente ao parto e à paciente ou familiar;

10. Estou ciente de que a gravação com vídeo e som no centro cirúrgico e sala de parto do Hospital se restringe ao ambiente exclusivo da paciente que acompanho, desde que não seja uma sala compartilhada com outras pacientes;

11. Estou ciente da proibição de divulgação de imagem do Hospital ou da equipe profissional responsável sem a autorização expressa dos mesmos;
12. Estou ciente da proibição do exercício de qualquer atividade ou conduta que interfira no atendimento médico-hospitalar antes, durante e depois do parto;
13. A autorização se estende unicamente para a atuação de 1 (um) fotógrafo durante o procedimento, sendo vedada a entrada de auxiliar;
14. A entrada do profissional será apenas com a roupa privativa determinada e identificação, que serão disponibilizadas pela equipe do setor.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do(a) fotógrafo(a)

Anuência da gestante:

Eu, \_\_\_\_\_, na qualidade de gestante, portadora do RG / CPF: \_\_\_\_\_, solicito o acompanhamento do profissional de fotografia (dados acima descritos) para registro do parto durante minha internação no Hospital Itamed.

---

Assinatura da gestante