

**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.

**Obs:** O profissional fotógrafo (a), só será liberado para acesso ao Centro Obstétrico, após entrada e posicionamento da paciente em sala de parto. Não será permitida o acesso do profissional em ambientes compartilhados por outros pacientes.

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

---

Assinatura do(a) fotógrafo(a)

Anuênciâ 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