

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO DE FOTÓGRAFO
AO BLOCO OBSTÉTRICO**

Eu, _____, portadora do RG nº _____ e CPF nº _____, na condição de gestante/paciente, autorizo o acesso do(a) fotógrafo(a) _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, nas dependências do Bloco Obstétrico do Complexo Hospitalar de Viçosa - Unidade São Sebastião, com a finalidade exclusiva de realizar o registro fotográfico do meu trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato.

Declaro, para todos os fins, que a presente autorização possui caráter excepcional e está condicionada à anuência da instituição, que poderá restringir ou impedir o acesso do(a) fotógrafo(a) por razões assistenciais, técnicas, operacionais ou de segurança, conforme avaliação da equipe assistencial responsável.

Declaro, ainda, que o(a) fotógrafo(a) não se confunde com o acompanhante previsto na legislação aplicável, sendo sua presença considerada excepcional e condicionada à autorização da instituição, sem prejuízo do meu direito à presença de um acompanhante.

Declaro, ainda, estar ciente de que:

1. A presença do(a) fotógrafo(a) não poderá, em hipótese alguma, interferir direta ou indiretamente nos procedimentos médicos, nos fluxos assistenciais ou na atuação da equipe de saúde.
2. O(a) fotógrafo(a) deverá respeitar integralmente todas as normas internas, protocolos institucionais e orientações da equipe médica e de enfermagem, comprometendo-se a manter conduta adequada ao ambiente hospitalar.
3. A autorização ora concedida poderá ser revogada a qualquer tempo, independentemente de justificativa formal, por decisão da equipe assistencial, sempre que houver risco à segurança da paciente, do recém-nascido ou prejuízo ao adequado andamento dos procedimentos.

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO DE FOTÓGRAFO
AO BLOCO OBSTÉTRICO**

-
- 4.** Fica expressamente vedada a captação de imagens de outros pacientes, acompanhantes, profissionais de saúde ou quaisquer áreas da instituição que não estejam diretamente relacionadas ao atendimento da paciente autorizante.
- 5.** A presente autorização destina-se exclusivamente a partos vaginais realizados no Bloco Obstétrico, estando ciente de que, em caso de necessidade de encaminhamento ao bloco cirúrgico, o(a) fotógrafo(a) deverá se retirar imediatamente, podendo aguardar em local indicado pela instituição, sendo eventual retorno condicionado à autorização da equipe assistencial.
- 6.** Declaro estar ciente de que o registro de imagens poderá envolver dados pessoais sensíveis, inclusive relacionados à minha saúde e à do recém-nascido, autorizando sua captação exclusivamente para fins privados, sendo de minha inteira responsabilidade e do(a) fotógrafo(a) qualquer forma de armazenamento, tratamento, divulgação ou compartilhamento das imagens, não cabendo ao hospital qualquer responsabilidade pelo tratamento, uso ou divulgação dessas imagens.
- 7.** Declaro que o(a) fotógrafo(a) autorizado(a) não possui qualquer vínculo com a instituição hospitalar, atuando exclusivamente por minha solicitação e responsabilidade, não havendo qualquer relação de subordinação, prestação de serviços ou responsabilidade do hospital por sua atuação, direta ou indireta.
- 8.** O descumprimento de quaisquer das condições estabelecidas neste termo implicará na retirada imediata do(a) fotógrafo(a) das dependências da instituição, sem prejuízo das medidas administrativas e legais cabíveis.
- 9.** Declaro, por fim, que isento o hospital e sua equipe de saúde de qualquer responsabilidade decorrente da atuação do(a) fotógrafo(a), ressalvadas as hipóteses de responsabilidade previstas em lei.
- 10.** Declaro estar ciente de que o hospital não se responsabiliza pela qualidade, quantidade ou resultado das imagens produzidas, tampouco por eventuais limitações decorrentes das

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO DE FOTÓGRAFO
AO BLOCO OBSTÉTRICO**

condições assistenciais, posicionamento autorizado ou restrições impostas pela equipe de saúde.

O(a) fotógrafo(a), por sua vez, declara ciência e concordância com todas as condições acima estabelecidas, comprometendo-se a cumpri-las integralmente.

Local e data: _____

Assinatura da Gestante/Paciente: _____

Assinatura do Acompanhante: _____

Assinatura do(a) Fotógrafo(a): _____