

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA FOTÓGRAFO PROFISSIONAL EM ÁREA HOSPITALAR

O presente Termo de responsabilidade tem o objetivo de informar e garantir os direitos e deveres do Fotógrafo profissional na instituição, durante o período em que acompanhará a paciente em seu processo de parto/cesaria.

O Hospital São José de Criciúma visando atender a vontade da paciente de registrar fotografias e vídeos durante o nascimento de seu filho, autoriza a entrada de um(a) fotógrafo(a) profissional para fazer esses registros. Para que o(a) fotógrafo(a) possa ter acesso a Unidade Vida e Centro Cirúrgico do Hospital São José é importante que ele(a) tenha conhecimento sobre seus direitos e deveres na instituição.

Eu, _____
Portadora do RG _____ e CPF: _____
residente em _____, devidamente cadastrado Hospital
São José declaro para os devidos fins que:

1. Possuo qualificação e estou habilitado(a) para registrar fotos e vídeos antes, durante e após o nascimento de filho no ambiente hospitalar.
2. Declaro que estarei registrando fotos e vídeos decorrente da vontade da paciente e de seus familiares, que me contrataram para tal fim, ou seja, atuarei sem qualquer relação ou vínculo com o Hospital São José.
3. Registrarei fotos e vídeos da parturiente, ficando vedada qualquer atividade ou interferência que contraria o atendimento médico-hospitalar, determinada pela equipe médica ou da enfermagem durante o pré-parto, parto e pós-parto.
4. As atividades exercidas pelo(a) fotógrafo(a) se restringirão somente a registro de imagens, ficando vedado atos médicos ou de enfermagem tais como orientar quanto a procedimentos médico-hospitalares; manusear equipamentos cirúrgicos, monitoramento de sinais vitais, ou auxiliar na administração de medicamentos.
5. Tenho ciência e concordo que ficará a critério exclusivo da equipe médica e de enfermagem autorizar a entrada na sala de parto, havendo intercorrências durante o parto, tanto com o recém-nascido como com a parturiente, o(a) fotógrafo(a) deverá atender sem oposições ou questionamentos as determinações da equipe responsável.
6. Mantereí confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras abordadas a que tiver acesso, em razão de minha função de Fotógrafo, nas dependências do Hospital São José. Estou ciente que fotografia/gravação de pacientes e colaboradores só é permitido com o consentimento dos mesmos.
7. Não utilizarei as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício

próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros, não efetuarei nenhuma gravação ou cópia indevida de documentação confidencial a que tiver acesso.

8. Procederei com o desenvolvimento em cumprimento às premissas da Lei 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), observando suas regras e seus princípios de segurança, proteção, necessidade e finalidade dos dados e informações do titular.
9. O hospital São José não se responsabiliza pelo extravio de equipamentos fotográficos e pertences do profissional aqui citado.
10. Declaro estar ciente que o não cumprimento desse termo de responsabilidade acarretará em medidas administrativas.

Criciúma/SC, _____ de _____ 2023.

Assinatura: _____