

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ENTRADA DE FOTÓGRAFO PARTICULAR NAS DEPENDENCIAS DO HUP

Eu, _____, portador(a) da cédula de identidade (RG) nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, residente na Rua _____, nº _____, na cidade de _____, responsável legal do paciente _____, Código _____, AUTORIZO a entrada do fotógrafo, cujo dados coloco nas linhas abaixo, assumindo integralmente a responsabilidade sobre as condutas adotadas por ele dentro das dependências do Hospital Unimed Petrolina - HUP; sou conhecedor(a), conforme as informações e esclarecimentos prestados pela pela equipe da HUP, que o número maior de pessoas dentro de uma sala cirúrgica aumenta o risco de infecção hospitalar; assumo integral e exclusivamente todo o ônus financeiro da remuneração deste serviço, sabendo que não é coberto pelo plano de saúde. Também é de exclusiva responsabilidade do(a) profissional a vigilância e guarda dos seus equipamentos, a instituição não se responsabiliza por qualquer dano, avaria, extravio ou furto dos mesmos.

O Hospital da Unimed em Petrolina - HUP não será responsável pelo uso da imagem da paciente e/ou familiar em fotos, vídeos ou outros recursos de imagem em qualquer meio de comunicação ou mídias sociais.

Declaro estar ciente de que não será permitido o acesso do fotógrafo na unidade de internação. Após procedimento a ser fotografado, o profissional deverá se retirar da instituição, pela recepção principal/lobby, acompanhado por agente de portaria.

Estou ciente que é proibido a captura de imagem ou vídeo de membros da equipe médica ou colaboradores do HUP, salvo nos casos de expressa manifestação de consentimento dos membros da equipe. Assim como é vedado a captura de imagem do ato cirúrgico a exemplo da incisão cirúrgica, aspiração de vias aéreas do recém nascido, sutura da gestante, medidas de reanimação e entre outras, caso ocorra intercorrência ficará determinado a saída do profissional fotógrafo de imediato dos setores tais como bloco cirúrgico/centro obstétrico ou sala PPP, devendo este atender prontamente as orientações da equipe assistencial.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à essa imagem ou a qualquer outra.

Dados do Fotógrafo:

Nome: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Email: _____

Petrolina-PE, ____ de _____ de 20____.

Assinatura (paciente ou responsável)

Assinatura (fotógrafo)