# TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA, AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE PARA FILMAGEM DE PARTO

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Paciente: _____

RG: _____ CPF: _____

Data do parto: ____/____/_____

Responsável pela filmagem: ( ) Pessoa Física ( ) Pessoa Jurídica

Nome/Nome da empresa: _____

CPF/CNPJ: _____ RG: _____

Profissional que realizará a filmagem: _____

CPF/RG: _____

## 2. TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE DO MÉDICO ASSISTENTE

Eu, Dr(a). _____, responsável pelo parto da paciente acima identificada, autorizo que seja filmado o parto da paciente acima identificada, que acontecerá no Hospital Anchieta em ____/____/_____, por pessoa física ou pessoa jurídica contratada pela paciente, devidamente regularizada junto ao Hospital Anchieta.

Médico Assistente: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Assistente: _____

Data: ____/____/_____

## 3. TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE DA PACIENTE

Pelo presente termo de responsabilidade, eu, paciente acima identificada, declaro estar ciente de que o Hospital Anchieta não fornece serviço de filmagem de parto, que meu parto será filmado pela pessoa física ou pessoa jurídica acima identificada, sendo o serviço de minha inteira responsabilidade.

Declaro que assumo, em conjunto com a pessoa física ou pessoa jurídica responsável pela filmagem, toda responsabilidade pelas imagens produzidas e por quaisquer prejuízos ou danos que porventura venham a ser ocasionados durante sua atuação nas dependências do Hospital Anchieta.

Desde já estou ciente e de acordo que o Hospital Anchieta não tem qualquer responsabilidade pela filmagem ou suas consequências.

Declaro, ainda, estar ciente de que a presença de profissional externo não técnico em saúde nas dependências do Centro Cirúrgico pode aumentar os riscos relacionados à ocorrência de eventos adversos e infecções. Estou ciente de que não é possível especificar ou quantificar objetivamente esse risco individual para o meu procedimento, em razão de sua dependência de múltiplos fatores relacionados à paciente, ao procedimento, ao ambiente e à atuação do profissional externo.

A captação de imagens não constitui exigência do Hospital Anchieta e não é condição para a realização do procedimento.

Estou ciente de que eventual divulgação pública de minha imagem, de meus familiares e/ou do recém-nascido é de responsabilidade exclusiva do contratante e do profissional responsável pela captação, nos termos estabelecidos na relação comercial firmada entre as partes.

Autorizo ainda a entrada do responsável pela filmagem e/ou acompanhante identificado neste Termo, que declara conhecer as normas de acesso ao Centro Cirúrgico, os métodos de assepsia necessários para circulação neste ambiente e estar em condições físicas e psicológicas para assistir ao procedimento.

A permanência do profissional no ambiente assistencial está condicionada ao cumprimento integral das normas institucionais, medidas de biossegurança, controle de infecção e segurança.

A responsabilidade pela captação, armazenamento, tratamento e eventual divulgação das imagens é exclusiva do contratante e do profissional contratado, devendo observar a legislação vigente, especialmente a Lei nº 13.709/2018 (LGPD), bem como as normas éticas aplicáveis.

O Hospital Anchieta não realiza armazenamento, tratamento, divulgação ou utilização das imagens captadas, não sendo responsável por seu uso posterior.

O Hospital Anchieta não possui vínculo empregatício, contratual ou societário com o profissional responsável pela captação das imagens.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/_____

**4. TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO RESPONSÁVEL PELA FILMAGEM**

Declaro que os serviços de filmagem são de minha exclusiva responsabilidade junto à contratante, não tendo o Hospital Anchieta qualquer obrigação com a pessoa física ou pessoa jurídica responsável pela filmagem ou com a contratante em relação aos serviços de filmagem.

A responsabilidade pela captação e pelas imagens produzidas, bem como por eventuais prejuízos ou danos ocasionados durante a atuação do responsável pela filmagem nas dependências do Hospital Anchieta, será da paciente e/ou da pessoa física ou pessoa jurídica responsável pela filmagem, conforme aplicável.

O acesso às dependências do Centro Cirúrgico não estabelece qualquer vínculo empregatício ou contratual entre o Hospital Anchieta e o profissional responsável pela filmagem.

Declaro ser responsável pela atuação da pessoa física/empresa acima identificada e estar ciente e de acordo em cumprir as normas abaixo descritas para realização de filmagem de parto nas dependências do Hospital Anchieta, com as quais me comprometo:

01. Apresentar documentação solicitada para cadastramento no Hospital Anchieta para realização do serviço de filmagem.
02. Receber treinamento/orientações ministrados pelo Gestor do Centro Cirúrgico, antes da primeira filmagem, quanto às imagens a serem produzidas, às áreas nas quais o profissional poderá circular, higienização e assepsia, devidamente comprovado.
03. Apresentar cópia do contrato de prestação de serviço firmado entre a paciente e a pessoa física ou pessoa jurídica responsável pela filmagem, a cada filmagem, quando solicitado.
04. Manter atualizada a lista de profissionais autorizados a realizar filmagens.
05. Manter os profissionais que realizarão filmagens devidamente treinados pelo Gestor do Centro Cirúrgico e identificados com crachá.
06. Informar o nome do profissional que realizará a filmagem, a cada filmagem.
07. Acondicionar bolsas, mochilas ou quaisquer pertences conforme a orientação da equipe do Centro Cirúrgico antes de entrar no Centro Cirúrgico.
08. Utilizar roupas privativas, gorro e máscara.
09. Utilizar sapatos fechados, cobrindo inclusive o dorso do pé.
10. Não utilizar adornos, incluindo anéis, alianças, brincos, cordões e colares, nas dependências do Centro Cirúrgico.
11. Procurar o enfermeiro responsável ao adentrar ao Centro Cirúrgico para ser direcionado ao local onde poderá permanecer até o momento de entrar em sala.
12. Realizar a higienização das mãos com álcool antes de adentrar à sala cirúrgica.
13. Não tocar ou esbarrar em nenhum equipamento e/ou material na sala cirúrgica.
14. Comprometer-se a guardar sigilo das informações às quais tiver acesso durante o trabalho de filmagem ou permanência no Centro Cirúrgico, especialmente quanto às informações da paciente.
15. Seguir atentamente as orientações dos profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Anchieta.
16. Respeitar a privacidade dos pacientes e profissionais do setor.
19. Declarar estar em boas condições físicas e psicológicas para realizar a filmagem do procedimento.
20. Cumprir todas as determinações da equipe do Hospital, inclusive eventual ordem de interrupção da captação de imagens ou retirada imediata do ambiente, sem questionamento ou resistência.
21. Não interferir na assistência à paciente, na atuação dos profissionais ou no fluxo do setor.
22. A captação de imagens poderá ser suspensa a qualquer momento por decisão da equipe assistencial, por razões técnicas, assistenciais ou de segurança.
23. A eventual suspensão ou interrupção da captação de imagens não gerará qualquer direito a indenização, reembolso, compensação financeira, renegociação contratual ou qualquer ônus ao Hospital Anchieta.
24. Não utilizar a marca, o logotipo ou qualquer identificação institucional do Hospital Anchieta nas imagens captadas, salvo mediante autorização formal e específica.

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA, AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE PARA FILMAGEM DE PARTO**

Declaro ter recebido e compreendido as orientações necessárias para acesso e circulação no Centro Cirúrgico, os métodos de assepsia e as normas institucionais aplicáveis.

Declaro estar ciente de que qualquer infringência aos compromissos acima assumidos poderá ensejar a interrupção da atividade de filmagem, a retirada do profissional das dependências do Centro Cirúrgico e as demais medidas cabíveis.

Comprometo-me a respeitar integralmente as orientações dos profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Anchieta durante toda a permanência no setor.

Nome completo do responsável pela filmagem/Representante da empresa: _____

CPF/CNPJ: _____

Data: _____/____/_____

Assinatura: _____

**Brasilia, ____ de _____ de 20____**