

Eu (paciente / nome completo) _____

Data de nascimento _____ nome da mãe (completo) _____

_____.

Acompanhante/responsável: _____

CPF: _____ fotógrafo: _____

Declaro para os devidos fins e efeitos de direito que o fotógrafo acima identificado foi contratado sob a inteira responsabilidade da paciente para prestar serviços de Fotografia e Filmagem de seu parto no Hospital e Maternidade Sepaco.

A paciente assume exclusiva e integral responsabilidade civil e penal pelo uso indevido das imagens, por qualquer contraprestação financeira e por qualquer eventual dano advindo da relação jurídica estabelecida com o fotógrafo, bem como por ações não condizentes a regular execução dos serviços, isentando o Hospital Sepaco de quaisquer responsabilidades.

Autorizo o fotógrafo a realizar imagens do parto e do Recém Nascido com data prevista do parto para ____/____/____.

O fotógrafo deve assinar um termo de responsabilidade no qual se compromete a respeitar todas as normas do Hospital Sepaco, isentando-o de quaisquer responsabilidades.

A paciente acordou com a sua equipe médica quanto à presença do profissional de foto/filmagem em sala de parto.

São Paulo, ____ de ____ de 20__.

Assinatura do paciente/acompanhante

Empresa: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Fotógrafo: _____

CPF: _____

O fotógrafo acima identificado declara para os devidos fins e efeitos de direito que foi contratado pela paciente para prestar serviços de Fotografia e Filmagem de seu parto no Hospital e Maternidade Sepaco.

O fotógrafo se obriga a:

- Acessar as dependências do Hospital Sepaco somente quando autorizado e mediante a apresentação de sua identificação com foto, não sendo permitido o acesso de qualquer outra pessoa para acompanhá-lo ou substituí-lo;
- Se responsabilizar integralmente pelas atividades e funções que exercer, isentando o Hospital Sepaco acerca de qualquer dano causado decorrente de sua atuação ou conduta;
- Interromper a execução dos serviços sempre que solicitado, especialmente em decorrência de causas médicas ou administrativas que impeçam a sua continuidade, retirando-se do local;
- Manter o mais absoluto sigilo e confidencialidade a respeito de toda e qualquer informação que tiver acesso ou conhecimento, por qualquer meio, subsistindo estas obrigações mesmo após o encerramento da prestação dos serviços, sob pena de responsabilização civil e criminal, além da indenização pelos danos causados ao Hospital Sepaco e a terceiros; e;
- Assumir total e irrestrita responsabilidade por seus atos, respondendo exclusiva e isoladamente por eventuais danos e prejuízos que causar ao Hospital Sepaco, aos pacientes e a terceiros, tanto na esfera ética e administrativa quanto na esfera civil e criminal, tomando todos os cuidados quanto a Lei 13709/2018 (Lei Geral Proteção de Dados);

Declaro expressamente que li, entendi e concordo com todos os termos acima.

Declaro, ainda, que os serviços de fotografia e filmagem não implicam em reconhecimento de nenhum vínculo de trabalho com o Hospital Sepaco e que os referidos serviços se destinam unicamente a atender as necessidades e interesse da parturiente contratante.

Ciente da necessidade de apresentação de documentação pessoal para acessar o Hospital e realização da triagem de sintomas;

Confirmando o recebimento e conhecimento do manual de conduta encaminhado pelo Sepaco, ciente que o descumprimento das regras impostas no manual poderá acarretar em suspensão e/ou inatividade na instituição.

São Paulo, ____ de ____ de 20__.

Assinatura do fotógrafo