



## TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONSENTIMENTO PARA A PRESENÇA DE FOTÓGRAFO NO PRÉ-PARTO, CENTRO OBSTÉTRICO E PÓS-PARTO (PARTICULAR)

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do RG n.º \_\_\_\_\_ e inscrita no CPF n.º \_\_\_\_\_, residente e domiciliando à \_\_\_\_\_, já devidamente cadastrada, declaro, para os devidos fins, que:

1. Estou ciente de que é vedada qualquer atividade e/ou conduta que interfira no atendimento médico-hospitalar durante o pré-parto, parto ou pós-parto;
2. Respeitarei e acatarei todas as condutas da equipe de saúde;
3. Respeitarei e cumprirei todas as orientações contidas nas normas internas e nos critérios descritos pelo SCIH do Hospital de Clínicas de São Sebastião (Centro/Costa Sul), conforme orientações abaixo.

### Orientações SCIH

- Acidentes ocupacionais, inclusive com material biológico ou perfurocortantes, são de responsabilidade da Doula. Nesses casos, deverá procurar o enfermeiro responsável pelo plantão para encaminhamento ao Serviço de Segurança do Trabalho e execução do protocolo interno.
- Paramentação em setores privativos: uso obrigatório de EPI e roupa privativa, propés, máscara e touca, conforme protocolo institucional.
- Vestimentas adequadas: usar calçado fechado com solado antiderrapante, roupas apropriadas e sem adornos, conforme o ambiente hospitalar.
- Cabelos longos devem permanecer presos.
- Unhas curtas; se esmaltadas, o esmalte deve estar íntegro.



- Higienizar as mãos sempre antes e após o contato com a parturiente.
- O uso de telefones celulares é permitido apenas para fotos no momento do nascimento, mediante autorização da mãe.

Declaro, ainda, que sou profissional capacitado para o exercício das atividades de fotógrafo, atuando de forma independente, sem qualquer vínculo ou subordinação ao Hospital de Clínicas de São Sebastião, e que responderei isoladamente por eventuais danos decorrentes de meus atos e/ou omissões.

São Sebastião, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

**ASSINATURA DO FOTÓGRAFO**

