



## FICHA PARA CADASTRO DE FOTÓGRAFO

### DADOS PESSOAIS

Nome completo: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Nome do pai: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Endereço residencial: \_\_\_\_\_  
Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Tel. residencial: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_ Tel. comercial: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Cole aqui uma  
foto 3x4

### DADOS PROFISSIONAIS

Profissão: \_\_\_\_\_ Formação: Técnico Superior  
Nome da Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão do curso: \_\_\_\_\_

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- 1 (uma) foto 3 x 4 recente
- Orientações e treinamentos de boas Práticas no Centro obstétrico
- Cópia autenticada do certificado de Capacitação Profissional em Registros Audiovisuais Cópia simples da carteira de identidade (CI)
- Cópia simples do CPF
- Cópia simples do currículo

### OBSERVAÇÕES:

---

---

---

**IMPORTANTE:** Caso haja alteração de um dos dados é de responsabilidade do profissional comunicar imediatamente ao Centro de Apoio ao Corpo Clínico através do e-mail [recepcao@hsmonica.com](mailto:recepcao@hsmonica.com) para que seja realizada a alteração no sistema.

Imperatriz / MA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Profissional

Assinatura do Diretor Técnico

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTO NORMAL OU CESARIANA COM AUTORIZAÇÃO PARA FOTO.

Prezado Paciente ou Representante legal, o Termo de consentimento Livre e Esclarecido é um documento no qual a AUTONOMIA (vontade) em CONSENTIR (autorizar) é manifestada pelo paciente plenamente capaz ou por seu representante legal. Assim, ao assiná-lo o paciente ou seu representante legal concorda com a realização do procedimento médico invasivo-cirúrgico, ainda que haja efeitos não desejáveis, mas previstos, possíveis e previamente explicitados pelo médico. O termo de consentimento livre e esclarecido somente deverá ser assinado se todas as dúvidas já tiverem sido esclarecidas. Havendo qualquer dúvida acerca do teor deste documento, pergunte ao médico antes de autorizar a realização do procedimento. A assinatura deste documento representa o exposto consentimento esclarecido na realização do procedimento indicado, bem como no comprometimento em seguir as orientações médicas, inclusive quanto ao tratamento com equipe multidisciplinar.

**DECLARO** que:

1. A decisão de realizar Parto Cesáreo somente decorre do desejo que manifesto livremente, no termo e após prestados os esclarecimentos relacionados ao Parto Vaginal Normal, inclusive com uso de fórceps, parto cesáreo por necessidade obstétrica e parto cesáreo a pedido, nos termos da Resolução nº 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina, **(\*\*\* aplicável apenas nos casos em que a paciente opte pela realização de cesariana\*\*\*)**

2. Estou ciente de que a data para realização do parto cesárea será definida pelo (a) médico (a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante literatura médica pertinente. **(\*\*\* aplicável apenas nos casos em que a paciente opte pela realização de cesariana\*\*\*)**

3. Fui informada prévia e claramente que os procedimentos obstétricos, que podem ser Partos Vaginais ou Cesariana, envolvem risco tanto para a mãe quanto para o feto. E também de que doenças intercorrentes da mãe sejam específicas ou não da gestação como hipertensão arterial, diabetes, idade materna avançada, AIDS, tabagismo, uso de drogas ainda que eventual, hepatite, história de tromboembolismo, etc., podem aumentar os riscos do nascimento. Entendo que estes riscos podem ser minimizados por um acompanhamento pré-natal, mas complicações podem ser imprevisíveis.

4. Compreendi que os partos vaginais envolvem um processo de dilatação do colo uterino e contrações que vão fazendo com o feto vá progredindo pelo canal vaginal até a rotura das membranas (bolsa onde ele se encontra) e o nascimento em um processo chamado de trabalho de parto, cuja duração varia de caso a caso, sendo em média de 6 a 10 horas, porém, mais prolongado na primeira gestação. Tenho ciência de que no momento do nascimento pode

ser necessária à realização de episiotomia, que consiste em um corte no perineo e na vagina que será suturado após a saída do bebê.

5. Fui informada de que durante o trabalho de parto as equipes médicas e de enfermagem farão o acompanhamento tanto da progressão da dilatação das contrações, quanto das condições de saúde, minha e do bebê, através de exame físico e monitoramento dos batimentos cardíacos fetais, além de exames do líquido amniótico e que caso sobrevenha algum sinal de risco, serão tomadas medidas para abreviação do trabalho de parto, o que pode ocorrer pelo uso de instrumento chamado de fórceps ou por indução de parto por via abdominal (cesariana).

6. Fui esclarecida de que apesar de a via vaginal ser considerada a melhor para o parto, podem ocorrer complicações como dor, sangramentos, hematomas ou infecção no local da incisão, que na grande maioria das vezes são tratadas com sucesso. Compreendi que a passagem do feto pelo canal de parto pode causar lesões na bexiga, reto, ânus, esfíncteres interno e externo podendo levar a complicações imediatas e/ou tardias. Fui informada também de que em situações que são pouco frequentes podem ocorrer no (s) recém-nascido (s) fratura espontânea de clavícula ou intercorrências decorrentes do uso de fórceps que geralmente apresentam boa evolução e não causam problemas posteriores. Em situações muito raras podem ocorrer complicações imprevisíveis com sequelas graves e/ou óbito intraparto.

7. Estou ciente de que a realização de cesariana pode ocorrer em situações de urgência ou eletivas (planejadas ou a pedido, que ocorrem por decisão pessoal questões anatômicas, fisiológicas ou patológicas da mãe e/ou do feto). Fui informada de que o nascimento, neste caso ocorre através de um corte realizado no abdome, que pode ser longitudinal ou transversal dependendo das condições anatômicas e que resultará em uma cicatriz visível com resultado estético variável e individual.

8. Fui esclarecida de que o sangramento em partos normais ou cesarianas é normal, sendo que o organismo já se prepara para isto durante o período de gestação, entretanto, podem ocorrer complicações como deslocamento prematuro da placenta, retenção da placenta, lesões de vasos sanguíneos, lacerações no canal de parto ou no Útero que necessitam de intervenção imediata, Fui alertada de que após o nascimento, o útero deve contrair diminuindo o sangramento, para que isso ocorra adequadamente pode ser necessário o uso de ocitocina sintética. Quando a contração uterina não acontece, temos um fenômeno chamado de atonia uterina. Compreendi que em situações muito graves de atonia, com sangramento abundante pode ser necessária transfusão sanguínea e/ou retirada do útero para salvar a vida da mãe (mesmo que a paciente tenha intenção de ter mais filhos). Estou ciente de que podem ocorrer ainda, lesões em órgãos adjacentes ao canal vaginal, hematomas, embolias (por coágulos ou líquido amniótico) ou complicações gerais como infecções, problemas cardiovasculares, respiratórios, entre outros. Eventos fatais são muito raros.

9. Entendo também que o atendimento obstétrico pressupõe procedimentos médicos invasivos que podem apresentar situações inesperadas, fortuitas e imprevisíveis.

10. Fui esclarecida de que a cesárea quando comparada ao parto vaginal normal, representa maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns: infecção, hemorragia, atonia uterina, necessidade de transfusão sanguínea e infecção

da cicatriz operatória; e para os recém-nascido (s) maior chance de desconforto respiratório (cansaço), às vezes necessitando de internação em UTI.

11. Recebi esclarecimentos de que para a realização do procedimento proposto pode ser necessário o emprego de anestesia/sedação. Compreendo e aceito que a administração de sedativos/anestésicos pode causar complicações, ainda que sejam pouco frequentes.

12. Assim, após esclarecimento e por livre iniciativa autorizo que o atendimento proposto seja realizado pela equipe do médico abaixo identificado, incluindo-se quaisquer outros procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, fazendo uso de todos os recursos disponíveis nesta instituição.

13. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

14. Relatei aos médicos responsáveis pelo procedimento acerca das medicações de que faço uso, das doenças, alergias e do acompanhamento realizado no pré-natal, consultas e exames.

15. Estou ciente de que a placenta, as membranas e o cordão umbilical após o nascimento da criança serão examinados e desprezados ou, em algumas situações definidas pelo médico, encaminhados para exame de anatomopatológico. E também, quando ocorrer o óbito do feto intrauterino ou no período pós nascimento por causa desconhecida, o corpo será encaminhado para o Serviço de Verificação de Óbito.

16. Fui informada de que a unidade hospitalar não dispõe de acompanhantes de parto (doulas) em seu quadro de colaboradores e, em caso de eventual contratação particular por parte de paciente, não se responsabiliza pela atuação destas profissionais, que para terem acesso à sala de parto devem ser previamente cadastradas na Instituição.

17. Fui esclarecida de que por dever ético e legal, a unidade hospitalar respeita os valores pessoais e as opiniões do paciente, garantindo o seu direito na tomada de decisões quanto ao seu cuidado e tratamento, dentro dos limites éticos e juridicamente aceitáveis. Fui informada de que o código de Ética Médica, no artigo 24, do Capítulo IV, o qual versa sobre os Direitos Humanos, dispõe que é vedado ao médico “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.”

18. Tive a oportunidade de esclarecer e sanar todas as minhas dúvidas e mantido a minha decisão de realizar parto cesárea. **(\*\*\* aplicável apenas nos casos em que a paciente opte pela realização de cesariana\*\*\*)**

19. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento obstétrico, mas apenas os mais frequentes.

20. Declaro e tenho ciência de que sobrevivendo justificativa médica para transfusão sanguínea que visa salvaguardar minha vida e/ou do bebê:

Autorizo a realização

Recuso a realização pelo (s) seguinte (s) motivo (s):

**Estou ciente que o registro de minha recusa quanto à realização de transfusão de sangue e hemoderivados será submetida a equipe médica responsável pela indicação do procedimento, que se pronunciará acerca da viabilidade da conduta proposta inicialmente.**

21. **DECLARO** que li, recebi esclarecimentos pelo médico assistente e equipe, tive oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar algum item, parágrafo, ou palavras que não concordasse, inclusive quanto à possibilidade de revogação.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização do Parto \_\_\_\_\_. Afirmo ainda, que recebi uma cópia do presente, o qual é composto por 05 (cinco) páginas e (02) duas vias.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL**

*(\*\*\*Obrigatório nos casos de representação\*\*\*)*

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Grau de parentesco ou vínculo: \_\_\_\_\_

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO**

Expliquei todo procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura, CRM e carimbo do Médico Responsável

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO CASO HAJA RECUSA DE TRANSFUSÃO**

Diante da recusa à eventual realização de transfusão de sangue, a equipe medica, em consenso decidiu:  
Prosseguir com a realização do procedimento proposto com o uso de métodos alternativos.  
Declinar do caso recomendando: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura, CRM e carimbo do Médico Assistente

\_\_\_\_\_  
Assinatura, CRM e carimbo do Médico Anestesiologista

**APLICÁVEL A SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA**

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado e Esclarecido, por tratar-se de situação de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura, CRM e carimbo do Médico Assistente

\_\_\_\_\_  
Assinatura, CRM e carimbo do Médico da Equipe

**AUTORIZAÇÃO PARA FOTO**

*(\*\*\* válido apenas para pacientes que optem por estes serviços\*\*\*)*

O Hospital entende a importância de recordar seu parto e registrar os primeiros minutos de vida do seu bebê em fotos. Portanto, é importante que as empresas de fotografia atendam à qualidade dos serviços desta unidade hospitalar e às exigências para atuação em salas de parto, a fim de não interferirem no processo de parto e no início de vida do bebê.

**DECLARO** que:

1. Estou ciente que a unidade hospitalar não presta serviços de fotografia e que é de minha exclusiva responsabilidade a escolha dos profissionais que atuarão neste serviço na sala de parto.
2. É de minha inteira responsabilidade a escolha, bem como a contratação da equipe de fotografia, os quais deverão ser capacitados para realização do serviço.
3. A equipe somente estará habilitada a ingressar nas dependências do hospital para realizar os serviços de fotografia após a aprovação da direção técnica da unidade e prévio cadastro de fornecedores na unidade hospitalar.
4. Deverá haver autorização prévia do (a) médico (a) obstetra e da equipe do centro cirúrgico envolvida na assistência do procedimento obstétrico para fotografia. Fui informada que em qualquer circunstância que o cirurgião considerar necessária a saída da equipe por mim contratada do centro cirúrgico, a decisão deve ser imediatamente acatada.
5. Unidade hospitalar está isenta de qualquer responsabilidade decorrente do atraso da equipe contratada pela paciente ou representante legal, da não entrega das imagens ou álbum, bem como não responderá por quaisquer perdas e danos, materiais e pessoais causados à parturiente, recém-nascido(s) e a terceiros em caso de ações ou omissões advindas da fotografia do procedimento obstétrico, ou violação oriundo do uso indevido das imagens pela empresa contratada para este tipo de prestação de serviços, nas dependências hospitalares.
6. É de minha exclusiva responsabilidade o pagamento dos honorários à equipe contratada, isentando o hospital pelo cumprimento de todas e quaisquer obrigações, despesas, encargos e tributos trabalhistas, previdenciários, securitários e tributários.
7. Apenas uma pessoa está autorizada a acompanhar o parto, além do acompanhante.
8. Não poderá ser realizado registro de filmagens e coletas de sons, apenas fotografias.

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL**

*(\*\*\*Obrigatório nos casos de representação\*\*\*)*

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco ou vínculo: \_\_\_\_\_

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO**

Estou ciente e autorizo o profissional \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_

acesso ao centro cirúrgico obstétrico para realização de fotos do parto da paciente, conforme contrato firmado entre a paciente e a empresa de fotografia e devidamente autorizado pela Diretoria Técnica do hospital.

\_\_\_\_\_  
Assinatura, CRM e carimbo do Médico Responsável

**DOULA**

Eu \_\_\_\_\_  
nacionalidade \_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ,  
profissão \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_ e CPF/MF \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_  
complemento \_\_\_\_\_ Estado de \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ telefone ( \_\_ ) \_\_\_\_\_  
e com endereço profissional na \_\_\_\_\_ ,  
já devidamente cadastrado(a) perante Hospital Santa Mônica, declaro para todos os fins de fato e de direito, que  
acompanharei, na qualidade de DOULA, o parto da Sra. \_\_\_\_\_

a ser realizado pela equipe médica responsável, observando, em caráter absoluto e irrestrito:

1. As normas internas do Hospital, bem como os cuidados de higienização necessários;
2. As recomendações médicas e de enfermagem passadas pela equipe responsável, inclusive com relação à permanência no local do procedimento e aos equipamentos a serem utilizados, sendo possível que a equipe determine o afastamento de qualquer pessoa do local caso necessário;
3. As recomendações médicas e de enfermagem quanto ao uso de qualquer substância ou objeto, inclusive cosméticos ou produtos naturais, o que deverá ser previamente consentido pela equipe responsável;
4. As normas éticas e relativas à atividade médica e hospitalar desempenhadas antes, durante e após o procedimento;
5. A proibição do exercício de qualquer atividade ou conduta que interfira no atendimento médico-hospitalar antes, durante e depois do parto;
6. A permanência de apenas 01 (um) profissional — fotógrafo ou doula - e 01 (um) acompanhante na sala de parto humanizada para o caso de parto normal;
7. A permanência de apenas 01 (um) profissional — fotógrafo - e 01 (um) acompanhante na sala de cirurgia, caso o parto seja encaminhado para cesáreo;
8. A entrada de acompanhantes no setor apenas com a roupa privativa determinada, que poderão ser designadas de acordo com o sexo da criança.

Declaro possuir qualificação e habilitação específica para a prestação de assistência emocional e psicológica à parturiente, na qualidade de Doula, tendo plena ciência de não possuir habilitação para a prática de ato médico ou de enfermagem, orientações específicas relativas ao procedimento, assumindo inteira responsabilidade pelas atividades e funções exercidas na assistência do parto, isentando a equipe médica, de enfermagem e o hospital quanto a qualquer conduta por mim praticada.

Declaro, ainda, ter ciência e manifestar concordância de que a ofensa a qualquer uma destas condições implicará em descumprimento das condições do termo, podendo ser suspenso o cadastro para a atividade de Doula perante o Hospital, sem prejuízo das sanções civis e criminais cabíveis à situação apresentada.

Declaro, ainda, ter ciência de que o exercício da função de Doula não autoriza o registro de imagem ou som durante o procedimento e, por fim, que deverei me apresentar para o exercício da referida função utilizando o crachá disponibilizado pelo Hospital Santa Mônica para este fim.

Por ser a expressão da verdade e, reiterando ciência plena e inequívoca a todos os termos, expressões e condições estabelecidas no presente instrumento, firmo a presente declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura

**FOTÓGRAFO**

Eu \_\_\_\_\_  
nacionalidade \_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ,  
profissão \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_ e CPF/MF \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_  
complemento \_\_\_\_\_ Estado de \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ telefone ( \_\_ ) \_\_\_\_\_  
e com endereço profissional na \_\_\_\_\_ ,  
já devidamente cadastrado(a) perante o Hospital Santa Mônica, declaro para todos os fins de fato e de direito, que  
registrarei as imagens do parto da Sra. \_\_\_\_\_

a ser realizado pela equipe médica responsável, observando, em caráter absoluto e irrestrito:

1. As normas internas do Hospital, bem como os cuidados de higienização necessários;
2. As recomendações médicas e de enfermagem passadas pela equipe responsável, inclusive com relação à permanência no local do procedimento e aos equipamentos a serem utilizados, ciente de que a equipe poderá determinar o afastamento se assim entender necessário;
3. A utilização das imagens captadas apenas para a finalidade de registro do nascimento da criança;
4. A proibição de registro de qualquer imagem que não seja referente ao parto e à paciente ou familiar;
5. A proibição de gravação com vídeo e som nos limites do centro cirúrgico e da sala de parto natural do Hospital;
6. A proibição de divulgação de imagem do Hospital ou da Equipe profissional responsável sem a autorização expressa dos mesmos;
7. As normas éticas e relativas à atividade médica e hospitalar desempenhadas antes, durante e após o procedimento;
8. A proibição do exercício de qualquer atividade ou conduta que interfira no atendimento médico-hospitalar antes, durante e depois do parto;
9. A autorização unicamente para a atuação do fotógrafo cadastrado durante o procedimento, sendo vedada a entrada de auxiliar;
10. A permanência de apenas 01 (um) profissional - fotógrafo ou doula - e 01 (um) acompanhante na sala de parto humanizada para o caso de parto normal;
11. A permanência de apenas 01 (um) profissional - fotógrafo - e 01 (um) acompanhante na sala de cirurgia, caso o parto seja encaminhado para cesáreo;
12. A entrada de acompanhantes no setor apenas com a roupa privativa determinada, que poderão ser designadas de acordo com o sexo da criança.

Declaro, ainda, ter ciência e manifestar concordância de que a ofensa a qualquer uma destas condições implicará em descumprimento das condições do termo, podendo ser suspenso o cadastro para a atividade registro de imagem perante o Hospital, sem prejuízo das sanções civis e criminais cabíveis à situação apresentada, assumindo exclusiva e integral responsabilidade, seja de que natureza for, pelo uso indevido das imagens captadas, isentando, por completo, o Hospital Santa Mônica por qualquer conduta neste sentido.

Declaro, ainda, estar ciente de que a minha atuação é limitada à captação de imagens do parto, não sendo permitida a utilização de imagens do hospital ou da equipe para quaisquer fins de divulgação ou comercialização.

Declaro, por fim, estar ciente da obrigação de manter absoluto sigilo e confidencialidade no tocante a qualquer informação a que venha ter acesso, por qualquer meio, obrigação esta que subsiste mesmo após finalizado o procedimento.

Por ser a expressão da verdade e, reiterando ciência plena e inequívoca a todos os termos, expressões e condições estabelecidas no presente instrumento, firmo a presente declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura