


FORMULÁRIO		
Código:	Termo de Responsabilidade e Ciência dos Riscos Associados ao ingresso na Instituição Hospitalar durante a Emergência de Saúde Pública Decorrente da Epidemia de Coronavírus (COVID-19) - Fotógrafos	
Data Emissão:		
Versão:		

1. FOTÓGRAFO		
NOME		
No. IDENTIDADE	DATA NASCIMENTO	

2. GESTANTE / CONTRATANTE		
NOME		
CIC/CPF	No. IDENTIDADE	

Eu, acima qualificado (a), ora me declarando como fotógrafo contratado para registro do parto da gestante acima identificada, declaro que estou ciente das recomendações do Ministério da Saúde referente ao isolamento e cuidados com os pacientes com diagnóstico positivo para Covid-19; que o Hospital apesar de estar adotando todas as cautelas preconizados pelo Poder Público, não está livre da contaminação do Covid-19; declaro estar ciente que ao permanecer no hospital como fotógrafo estarei mais exposto (a) ao Coronavírus, assumindo o risco de ser contaminado

(a) com a doença, sem que o hospital seja responsabilizado por ter contraído o vírus; declaro que, mesmo ciente do risco, fui autorizada (o) a registrar o parto da paciente acima identificada, tendo sido esclarecido também:

a) Fui amplamente informado (a) sobre as medidas de prevenção de contágio adotadas pela Santa Casa de Maringá em decorrência da pandemia do COVID-19, sendo uma delas, a restrição de visitantes e de acompanhantes a pacientes internados na instituição, principalmente, pessoa que de acordo com orientações do Ministério da Saúde (2020) estão por algum motivo (clínico ou em virtude da idade) inserido no chamado “Grupo de Risco” (acima de 60 anos, imunossuprimidos e/ou com doenças pré-existentes como Diabetes, Hipertensão, etc...), do qual eu DECLARO () FAZER PARTE () NÃO FAZER PARTE.

b) Tenho ciência de que mesmo tendo sido informado (a) sobre a iminente possibilidade de

contágio pelo COVID-19, manifesto a minha livre e espontânea vontade em figurar como fotógrafo(a) gestante acima referenciado (a), e que a deliberação da instituição nesse sentido é conferida em caráter excepcional, dada as necessidades do (a) paciente.

c) Também estou ciente que além do risco de contágio pelo COVID-19, estarei exposto (a) também a outros tipos de riscos por permanecer por um tempo prolongado dentro do hospital, como (mas não somente) riscos de infecções por diversos agentes virais que podem prejudicar minha saúde e minha integridade física, não se descartando, inclusive, a possibilidade de eu tomar quedas, e da ocorrência de outros tipos de acidentes imprevisíveis.

d) No que tange à prevenção de contágio pelo COVID-19, recebi instruções de como eu devo me comportar em ambiente hospitalar por tempo prolongado, e os cuidados que devo tomar no dia-a-dia em vista da prevenção, como por exemplo, utilizar máscara; sempre lavar bem as mãos com água e sabão; higienizar as mãos com álcool gel; cobrir o nariz e boca ao espirrar ou tossir; não tocar a boca ou os olhos após tocar superfícies; evitar sair do quarto e transitar sem necessidade pelos corredores e instalações do hospital; manter distância de no mínimo um metro e meio de outras pessoas que estiverem no mesmo ambiente; não compartilhar objetos pessoais, etc., tudo como medida de precaução de contágio não somente à minha pessoa, mas também à pessoa dos demais pacientes, visitantes, outros acompanhantes e colaboradores da instituição.

Assim, por este Termo de Responsabilidade que ora assino de forma livre, espontânea e consciente, isento a instituição, terceiros, corpo clínico, corpo assistencial, colaboradores e prepostos da Santa Casa de Maringá de qualquer tipo de responsabilização por eventuais danos a mim ocasionados por conta de minha livre e isolada decisão em figurar como fotógrafo (a) da paciente retro mencionado (a), tendo em vista que mesmo sendo sabedor (a) dos riscos previstos (e que podem ocorrer riscos imprevistos e acidentes), decidi por fotografar a paciente durante o seu internamento.

Declaro, para todos os fins, que o presente termo é firmado sem qualquer vício ou coação, sendo manifesta expressão de minha vontade.

Maringá, _____ / _____ / _____.

Assinatura