VILA NOVA STAR
REDE D'OR

Autorização para Registros Fotográficos e Filmagem

Prezados,

Dispomos de fluxo para entrada de profissionais que realizam registros fotográficos/filmagem, contratados/trazidos pelas equipes médicas/pacientes/ familiares.

A Autorização deve ser solicitada em horário comercial, pessoalmente no setor de Relacionamento Médico, munido da documentação exigida ou enviada por e-mail (relacionamentomedico@vilanovastar.com.br).

- **Documento com foto do profissional que realizará o serviço**
- **Ficha abaixo preenchida por completo e assinada por todas as partes solicitantes**

Para qualquer registro fotográfico/filmagem que se faça necessário no Hospital Vila Nova Star é necessária a aprovação da Diretoria, com no mínimo de 7 dias úteis de antecedência, que validará com a Assessoria de Imprensa da Rede.

Se faz necessária a assinatura de ciência do paciente concordando que sua cirurgia será fotografada/filmada e utilizada por meios definidos pela equipe médica.

Não é permitida a fotografia/filmagem e publicação de colaboradores no exercício de sua função e de pacientes/acompanhantes que transitam pelo hospital.

As Redes Sociais merecem atenção especial nas postagens e assuntos tratados dentro da instituição.

"O direito de imagem é protegido pelo artigo 5º, inciso X da Constituição Federal, que o inseriu no rol dos direitos e garantias fundamentais, prevendo indenização para o caso de sua violação. O Código Civil também traz regras sobre o direito de imagem e o classifica como um direito da personalidade. Em seu artigo 20, o mencionado diploma, dentre outras disposições, veda a exposição ou utilização da imagem de alguém sem permissão, caso o uso indevido atinja sua honra, boa-fama, respeito ou se destine a fins comerciais. Em casos mais graves, o uso indevido de imagem pode ser considerado crime, como previsto no artigo 218-C do Código Penal, que considera ilícito penal a disponibilização ou divulgação de fotos, vídeos ou imagem sem consentimento da vítima."

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome

CPF RG Data de Nascimento / /

Telefone Celular E-mail

DADOS DO PACIENTE

Nome Completo

Data e horário do procedimento / / :

CAMPOS DE ASSINATURA OBRIGATÓRIO PARA TODAS AS PARTES

Nome Completo do Profissional Solicitante

Confirmo ciência e entendimento das condições e concordo com as restrições descritas no referido documento.

Data / / Assinatura

Nome Completo do Médico Titular/Responsável

Confirmo ciência e entendimento das condições e concordo com as restrições descritas no referido documento.

Data / / Assinatura

Nome Completo do Paciente / Responsável

Declaro estar ciente e de acordo com os termos de uso da minha imagem pelo solicitante acima. Estou ciente de que a minha imagem só poderá ser utilizada em contextos específicos, conforme acordado previamente entre as partes e expressamente proíbo qualquer utilização em outros meios de comunicação ou para fins distintos daqueles previamente definidos. Esta declaração é feita de forma consciente e voluntária, expressando assim o meu conhecimento e acordo com os termos restritos de uso de minha imagem.

RG/CPF Data / / Assinatura