

Autorização Médica para Registro de Imagem

Pelo presente instrumento, na qualidade de **Médico(a) Responsável**, eu:

N° CRM: , autorizo a presença de profissional para a realização de captura de imagens durante o procedimento médico, a ser realizado nas dependências do Hospital Dom Orione.

Condições para a Autorização:

1. A presença do profissional e a realização da captura de imagens estão estritamente condicionadas ao integral cumprimento das normas institucionais vigentes do Hospital Dom Orione.
2. O profissional deverá observar rigorosamente os princípios éticos, assistenciais e de biossegurança, abstendo-se de qualquer interferência nas condutas médicas ou na rotina da equipe multiprofissional.
3. Esta autorização é válida exclusivamente para o procedimento supracitado, mediante o consentimento prévio e expresso da paciente e o alinhamento com a equipe assistencial.

Profissional Fotógrafo

Paciente

Araguaína/TO, ____/____/____

Assinatura do(a) Médico(a) Responsável