

ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCISCO BELTRÃO

LEI Nº 5.337, DE 28 DE MAIO DE 2026

Institui o Programa “Patas que Acolhem” no município de Francisco Beltrão/PR e dá outras providências.

O **PREFEITO DE FRANCISCO BELTRÃO**. Faço saber que a Câmara de Vereadores propôs e aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito da saúde pública do município de Francisco Beltrão/PR, o Programa Patas que Acolhem, destinado à realização de visitas assistidas com cães terapeutas em ambientes hospitalares e de saúde, visando promover benefícios psicossociais aos pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Art. 2º Considera-se cão terapeuta aquele que obtiver treinamento específico para atuar, podendo ser de obediência e estruturação comportamental, ou correlatos, devendo ser declarado apto por profissionais da área de adestramento, devidamente inscritos nos conselhos de classe relacionados à formação de adestramento e/ou medicina veterinária.

Art. 3º O ingresso dos animais nos ambientes hospitalares somente será permitido mediante:

I – anuência expressa de todos os pacientes presentes na sala ou enfermaria;

II – autorização da instituição hospitalar ou unidade de saúde;

III – cumprimento integral dos critérios estabelecidos no Protocolo de Visita Assistida com Animais – Patas que Acolhem, aprovado pela Vigilância Sanitária Municipal e constante como Anexo I desta Lei.

Art. 4º As instituições interessadas em participar do Programa deverão pactuar, junto ao Departamento de Vigilância Sanitária do Município, um protocolo de ações a serem tomadas antes, durante e após as visitas, observando:

I – requisitos de higienização e saúde dos animais;

II – medidas de biossegurança para pacientes e profissionais;

III – critérios de inclusão e exclusão de pacientes;

IV – responsabilidades da equipe multiprofissional e do(a) tutor(a) do animal.

Art. 5º Compete às instituições de saúde:

I – selecionar os pacientes aptos a receberem a visita, conforme critérios do protocolo;

II – garantir a proteção dos dispositivos médicos e do ambiente hospitalar durante a visita;

III – realizar higienização imediata dos espaços após cada atendimento;

IV – manter sob guarda os documentos comprobatórios exigidos pelo protocolo.

Art. 6º Compete ao tutor do animal:

I – apresentar previamente toda a documentação exigida;

II – assegurar o bem-estar e a segurança do animal e dos pacientes;

III – cumprir rigorosamente as normas de higienização e transporte previstas no protocolo;

IV – retirar o animal imediatamente em caso de sinais de estresse, doença ou risco à segurança.

§1º Estará apto a participar do Programa, o tutor que obtiver formação em Serviços Assistidos por Animais.

§2º Em caso de inobservância do anteriormente disposto, recairá sobre o tutor a responsabilidade cível, sem prejuízo da responsabilização criminal.

Art. 7º Compete aos pacientes e acompanhantes:

I – autorizar formalmente a presença do animal;

II – realizar higienização das mãos antes e após a visita;

III – comunicar à equipe qualquer desconforto ou reação adversa durante a atividade.

Art. 8º O Programa poderá ser suspenso ou revogado pela instituição de saúde ou pela Vigilância Sanitária Municipal sempre que houver descumprimento das normas estabelecidas ou risco à segurança dos envolvidos.

Art. 9º O Protocolo de Visita Assistida com Animais – Patas que Acolhem, aprovado pela Vigilância Sanitária Municipal, integra esta Lei como Anexo I, podendo ser utilizado como modelo para requerimentos de inclusão no Programa.

Art. 10. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Francisco Beltrão, Estado do Paraná, 28 de maio de 2026.

ANEXO 1 – PROTOCOLO DE VISITA ASSISTIDA COM ANIMAIS – PATAS QUE ACOLHEM

1. CRITÉRIOS PARA A DEFINIÇÃO DOS PACIENTES

- Pacientes de longa permanência no hospital (mais de 5 dias);
- Pacientes responsivos, que encontram-se em sofrimento psíquico;
- Diagnóstico recente de doença grave ou crônica, não transmissível;
- Dificuldade de adesão ao tratamento;
- Conflitos familiares ou com a equipe;
- Solicitação por parte do paciente, familiares ou equipe multiprofissional;
- Situações de violência ou vulnerabilidade social;
- Cuidados paliativos e/ou luto, que mantém comunicação verbal.

1.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO COMPULSÓRIA PARA VISITA DO ANIMAL

São critérios de exclusão para os pacientes:

- Pacientes em precaução de contato, gotículas ou aerossóis, exceto em situações especiais avaliadas pelo SCIH;
- Pacientes com doença transmissível;
- Pacientes que recusem a visita do animal;
- Pacientes em pós-operatório imediato até 24 horas;
- Pacientes com lesões de pele ou história de alergia a cães ou a gatos.

Não será permitida a visita do animal nas seguintes situações:

- Quando o(a) tutor(a) não apresentar a documentação necessária;
- Quando o animal apresentar vômito ou diarreia durante o percurso nas instalações hospitalares (Deve ser removido imediatamente para avaliação veterinária);
- Quando o animal apresentar sinais de doença periodontal tipo 3 ou 4, feridas de qualquer origem, incluindo pós-operatórias próteses ou uso de antibioticoterapia durante duas semanas, que antecedem a visita;
- Animal em tratamento para Leishmaniose;
- Animal agressivo ou estressado.

2. MATERIAIS E/OU RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a devida aprovação do projeto e início das atividades é necessário a presença da seguinte documentação do animal:

- Atestado médico veterinário de que o animal apresenta higidez clínica, vermifugação e controle de ectoparasitas assegurados nos últimos 30 dias, e que tenha as seguintes vacinas: Antirrábica, Giardia, Bordetella bronchiseptica e Polivalente (V10 ou similar), com atualização anual.
 - Comprovação por meio de declaração, que o animal foi higienizado por meio de banho e tosa higiênica padrão, nas últimas 24 horas antes da visita;
 - Comprovação trimestral de colonização por cultura e antibiograma (swab nasal profundo e de pele) para mapeamento microbiológico.
- Para evitar quaisquer danos, durante os atendimentos será utilizado nos leitos e nos respectivos pacientes que aceitarem receber a visita:
- Tecido SMS sobre o leito do paciente, de uso único e individual, sendo que após a visita este será descartado, conforme resíduo infectante;
 - Avental descartável do tipo SMS, de uso único, individual, para proteção do paciente, sendo que após a visita este será descartado, conforme resíduo infectante;
 - Solução alcoólica 70% para higienização das mãos dos pacientes;
 - Calçado específico para espécie;
 - Lenços descartáveis à base de gluconato de clorexidina ou solução alcoólica a 70% (gel), para higienização das patas do animal;

3. DESCRIÇÃO DAS TAREFAS

3.1 Hospital

- Reunião de alinhamento para organização e planejamento das atividades;
- Definição dos pacientes que receberão a visita do animal, de acordo com critérios estabelecidos;
- Entrega dos termos de consentimento de uso de imagem e termo de autorização e ciência para a participação do projeto e entrada do animal no quarto.
- Após o consentimento do paciente, a equipe de enfermagem das unidades, sobre orientação da SCIH disponibilizará sobre o leito do paciente um tecido de SMS (1,5m de largura x 2m de comprimento) forrando a cama e protegendo o enxoval do paciente;
- Ao paciente será disponibilizado um avental de SMS, utilizado nas precauções de contato, para proteção das roupas e dispositivos;
- Os acessos venosos e outros dispositivos serão protegidos com plástico transparente durante a realização da visita;

- Será posicionado a escadinha do paciente do lado contrário dos dispositivos, para que o animal se posicione sobre a mesa para alcançar o leito;
- A visita será guiada pelo(a) tutor(a) e acompanhada pela equipe multiprofissional participante do projeto e supervisão do SCIH;
- As visitas terão duração de aproximadamente 60 minutos a cada 20 dias, podendo ser suspensas a qualquer momento caso o animal apresente alguma adversidade descrita em “Critérios de exclusão compulsória para visita do animal”.
- Não será permitido a visita do animal, durante a realização de procedimentos assistenciais;
- Após a visita do animal, será solicitado aos acompanhantes e pacientes que higienizem as mãos com água e sabonete ou realizem fricção alcoólica, sendo retirado o SMS do leito do paciente e também o avental de proteção e descartados em resíduo infectante;
- Após a visita do animal, a equipe de apoio e higienização, realizará a limpeza concorrente imediatamente dos quartos e do corredores, incluindo as superfícies e mobiliários que pertencem ao leito do paciente ou que tiveram contato com o animal, conforme protocolo de limpeza institucional.
- Os documentos relacionados a comprovação do banho, tosa higiênica e controle de cultura permaneceram sobre controle da equipe participante do projeto e SCIH.

3.2 Tutor

- O(A) tutor(a) deverá apresentar antecipadamente toda a documentação necessária descrita no tópico “Materiais e/ou recursos necessários”.
- A declaração de banho e tosa higiênica que antecede a visita deve ser entregue aos profissionais participantes do projeto ou da SCIH, no dia da visita.
- O animal deve portar crachá de identificação de “cão terapeuta”.
- Para ingresso na instituição, deve utilizar da porta posterior/funções, sendo que o animal deverá utilizar calçado apropriado e específico para sua espécie, sendo que durante toda a permanência no ambiente hospitalar, é obrigatório o uso contínuo do calçado. Ao deixar a instituição, os calçados devem ser retirados e higienizados adequadamente;
- As patas do animal devem ser higienizadas com solução antisséptica, na chegada à instituição, colocando o calçado específico para a espécie, ao adentrar a instituição e após o período de visita.
- O transporte do animal deverá ser realizado exclusivamente no colo, ou em caixa transportadora, até a chegada ao leito do paciente, sendo obrigatório o uso de guia ou peitoral durante toda a condução do animal nas dependências do hospital.
- O(A) tutor(a) deverá aproximar o animal sempre do lado oposto a região do corpo do paciente que esteja imobilizado ou possua curativo, acesso venoso ou dreno, mantendo o animal sobre a escadinha do leito ou sobre os lençóis descartáveis.
- O(A) tutor(a) realizará todo o acompanhamento das atividades.
- O animal deverá tomar banho após a visita ao hospital e caso o faça em um *pet shop* deverá informar a origem, para que sejam tomadas as devidas precauções.
- É considerado também que o hospital pode revogar a autorização da entrada do animal a qualquer momento, caso sejam descumpridas as normas, protocolos ou em situações que comprometem a segurança de terceiros

3.3 Pacientes

- Autorização e ciência da presença do animal.
- Higienização das mãos do paciente e acompanhante com solução alcoólica 70% antes e depois da entrada do animal no quarto.
- Diante da possibilidade de manifestações inesperadas de agitação, agressividade ou comportamento violento por parte de alguns pacientes, situações que podem representar risco à integridade física do animal e/ou do(a) tutor(a), mesmo sob supervisão da equipe assistencial, o(a) tutor(a) deve seguir as orientações da equipe responsável. Caso sejam identificados sinais de instabilidade ou ameaça, deverá retirar imediatamente o animal do local, conforme instruções recebidas.

4. CUIDADOS ADICIONAIS

- O animal participante do projeto deve ter contato prévio com outras pessoas e aglomerações;
- O animal deve apresentar comportamento dócil e calmo e ser acostumado a sair do ambiente domiciliar;
- O animal deve realizar trimestralmente a cultura de epitélio nasofaríngeo e pele, visto a possibilidade de colonização por microrganismos multirresistentes e apresentar ao SCIH para avaliação;
- Caso a colonização ocorra, o animal deve ser encaminhado ao médico veterinário da sua preferência para avaliação, sendo solicitado uma nova declaração da condição de saúde do animal;
- Antes da visita é importante disponibilizar tempo para eliminações fisiológicas;
- O tutor(a) deve comunicar imediatamente a presença de vômito, diarreia, doença periodontal tipo 3 ou 4, feridas de qualquer origem, necessidade de utilização de próteses, tratamento para leishmaniose e utilização de antibiótico por até duas semanas que antecedem a visita, e suspender provisoriamente a visita até a melhora dos sintomas e nova avaliação pelo médico veterinário, com comprovação documental da higiene do animal.
- Quanto ao animal este encontra-se exposto no ambiente hospitalar, a estresse, contaminações cruzadas, exposição a substâncias e sons potencialmente nocivos, assim como a possibilidade de colonização do animal por microrganismos multirresistentes do ambiente hospitalar, com risco de desenvolvimento de infecções graves pelo animal (relacionadas à pele, ouvidos, urinárias e respiratórias) que muitas vezes apresentam difícil tratamento. Possibilidade de alterações de pele devido a necessidade de banhos contínuos, tais como ressecamento da pele, pelos opacos e quebradiços, descamação, dermatites, desequilíbrios na microbiota e otites e isenta a instituição de responsabilidade por eventuais danos à saúde do animal;

5. INDICADORES DE EFETIVIDADE

Realização de pesquisa de satisfação após 6 meses de implementação do projeto entregue aos pacientes e colaboradores para mensuração da eficácia.

6. ANEXOS/REGISTROS GERADOS

Em anexo a este documento se encontram os seguintes documentos:

- Declaração de ciência e responsabilidade do(a) tutor(a)
- Declaração de ciência e responsabilidade do paciente/responsável
- Termo de uso de imagem dos pacientes
- Termo de uso de imagem do animal
- Termo de uso de imagem do(a) tutor(a)

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

IDENTIFICAÇÃO DA TUTORA:

* Nome completo: _____
* CPF: _____ RG: _____
* Endereço: _____
* Telefone: _____ E-mail: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL:

* Nome do animal: _____
* Espécie: _____ Raça _____
* Idade: _____ Sexo: _____ Peso: _____
* N° de registro: _____

Este termo visa registrar a ciência, o consentimento e a responsabilidade da tutora para a participação voluntária de seu animal em atividades de caráter terapêutico/assistido nas dependências do Hospital Geral Intermunicipal Dr. Aryzone Mendes de Araújo, com o objetivo de contribuir para o bem-estar emocional e psicológico dos pacientes, colaboradores e/ou visitantes.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Tais documentos devem ser apresentados no dia da visita:

- * Atestado médico veterinário de que o animal apresenta higidez clínica, vermifugação e controle de ectoparasitas assegurados, e que tenha as seguintes vacinas: Antirrábica, Giardia, Bordetella bronchiseptica e Polivalente (V10 ou similar);
- * Comprovação por meio de declaração que o animal foi higienizado por meio de banho e tosa higiênica padrão nas últimas 24 horas antes da visita;
- * Comprovação trimestral de colonização por cultura e antibiograma (swab nasal profundo e de pele) para mapeamento microbiológico.

PROCEDIMENTOS PADRÕES PARA A VISITA

A tutora declara que:

- * Está ciente de que a participação do animal é voluntária e pode ser encerrada a qualquer momento por decisão própria ou da equipe responsável pelo projeto, independente de justificativa ou exposição de motivos;
- * O animal está saudável, com vacinação e vermifugação atualizadas, sem histórico de comportamento agressivo ou contaminação por doenças infectocontagiosas;
- * Está ciente que na presença de vômito, diarreia, doença periodontal tipo 3 ou 4, feridas de qualquer origem, necessidade de utilização de próteses, tratamento para leishmaniose e utilização de antibiótico por até duas semanas que antecedem a visita, deve comunicar a instituição quanto a ocorrência e suspender provisoriamente a visita até a melhora dos sintomas e nova avaliação pelo médico veterinário, com comprovação documental na higidez do animal.
- * Assumirá total responsabilidade por quaisquer incidentes, acidentes, danos a pessoas ou patrimônio que eventualmente possam ocorrer durante a permanência do animal no ambiente hospitalar;
- * Se compromete a seguir rigorosamente e sem opor questionamentos ou resistência os protocolos estabelecidos pela instituição, incluindo normas de higiene, horários de visita, uso de guia/coleira/transportadora, entre outros;
- * Compromete-se a aproximar o animal sempre do lado oposto a região do corpo do paciente que esteja imobilizado ou possua curativo, acesso venoso ou dreno, mantendo o animal sobre a escadinha do leito ou sobre os lençóis descartáveis;
- * Está ciente dos riscos inerentes à exposição do animal em ambiente hospitalar, como estresse, contaminações cruzadas, exposição a substâncias e sons potencialmente nocivos e isenta a instituição de responsabilidade por eventuais danos à saúde do animal;
- * Está ciente da possibilidade de colonização do animal por microrganismos multirresistentes do ambiente hospitalar, com risco de desenvolvimento de infecções graves pelo animal (relacionadas à pele, ouvidos, urinárias e respiratórias) que muitas vezes apresentam difícil tratamento. Possibilidade de alterações de pele devido a necessidade de banhos contínuos, tais como ressecamento da pele, pêlos opacos e quebradiços, descamação, dermatites, desequilíbrios na microbiota e otites e isenta a instituição de responsabilidade por eventuais danos à saúde do animal;
- * Tem ciência de que o transporte do animal deverá ser realizado exclusivamente no colo, ou em caixa transportadora, até a chegada ao leito do

paciente, sendo obrigatório o uso de guia ou peitoral durante toda a condução do animal nas dependências do hospital;

* Para ingresso na instituição, deve utilizar da porta posterior/funçionários, sendo que o animal deverá utilizar calçado apropriado e específico para sua espécie. Durante toda a permanência no ambiente hospitalar, é obrigatório o uso contínuo do calçado. Ao deixar a instituição, os calçados devem ser retirados e higienizados adequadamente; As patas do animal devem ser higienizadas com solução alcoólica a 70% em gel, na chegada à instituição e após o período de visita.

* Está ciente que o animal deverá tomar banho após a visita ao hospital e caso o faça em um pet shop deverá informar a origem, para que sejam tomadas as devidas precauções.

* Tem ciência de que o hospital pode revogar a autorização de entrada do animal a qualquer momento, caso sejam descumpridas as normas, protocolos ou em situações que comprometam a segurança de terceiros;

* Está ciente de que a participação do animal nas atividades terapêuticas não garante sua aceitação por todos os pacientes, podendo ter recusa, por parte dos mesmos ou de seus familiares, seja por questões pessoais, culturais, religiosas, alergias ou outras razões. Nestes casos, o atendimento será imediatamente interrompido ou redirecionado, conforme orientação da equipe do hospital, sem qualquer responsabilização da instituição.

* Tem ciência de que não é permitido que o animal permaneça desacompanhado nas instalações do hospital, sendo de sua inteira e exclusiva responsabilidade a supervisão contínua durante toda a permanência no local;

* Tem ciência de que poderá ocorrer manifestações inesperadas de agitação, agressividade ou comportamento violento por parte de alguns pacientes. Reconhece que essas situações, ainda que monitoradas pela equipe assistencial, podem representar risco à integridade física do animal e/ou da tutora e se compromete a seguir as orientações da equipe responsável, retirando o animal do local imediatamente, caso seja identificado qualquer sinal de instabilidade ou ameaça.

* Está ciente de que, ainda que sem culpa ou dolo, caso a instituição sofra qualquer espécie de sanção em decorrência ou com fundamento na presença do animal dentro da unidade, será responsável pelo ressarcimento das despesas.

* Apresenta no ato de assinatura do presente documento, cópia da carteira de vacinação do animal e as declarações de que trata o presente documento, se responsabilizando integral e exclusivamente pelo teor das informações prestadas.

* Declara ainda que é única responsável pelo animal, se comprometendo e assumindo responsabilidade pessoal por qualquer questionamento de terceiro que se intitule tutor ou responsável, exonerando a instituição de qualquer responsabilidade.

* Por ser expressão da verdade e de sua vontade livremente manifestada, firma o presente documento.

Francisco Beltrão, _____ de _____.

Tutora

Gerente Assistencial

Coordenadora Equipe Multidisciplinar

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

- Nome Completo: _____
- CPF: _____ RG: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (caso de pacientes menores de idade ou que estejam incapacitados de responder autonomamente):

- Responsável Legal: _____ Telefone _____
- CPF: _____ E-mail: _____
- Endereço: _____

(Assinatura do paciente/responsável)

Este termo visa registrar a ciência e o consentimento do paciente/responsável para a participação do projeto "Patás que Acolhem" em atividades de caráter terapêutico/assistido nas dependências do Hospital Geral Intermunicipal Dr. Aryzone Mendes de Araújo, com o objetivo de contribuir para o bem-estar emocional e psicológico durante a hospitalização.

OBJETIVO DA VISITA

O projeto oferece benefícios psicológicos, emocionais e sociais aos pacientes, com redução do estresse e da ansiedade, melhora da

comunicação, interação, aumento da autoestima e recuperação física.

Assim, cria-se um ambiente acolhedor e humanizado, no qual a presença do animal nas visitas terapêuticas proporciona bem-estar ao paciente, descontração e felicidade e auxilia no período de hospitalização. A interação com animais, especialmente cães, tem demonstrado reduzir níveis de estresse e ansiedade, que corre pela liberação de ocitocina, o "hormônio do amor", que está relacionado ao vínculo afetivo.

INFORMAÇÕES SOBRE O ANIMAL VISITANTE

Nome do animal: Tom **Espécie/Raça:**

Tutor(a):

Descrição e atribuições do animal:

O cão de terapia "TOM" passou por um processo de seleção altamente rigoroso, que considerou desde a escolha da raça e da ninhada até a aplicação de testes específicos de avaliação comportamental. Com apenas 50 dias de vida foi submetido ao Teste de Volhard – uma metodologia amplamente reconhecida que analisa mais de 30 traços temperamentais em filhotes, com o objetivo de identificar perfis ideais para atividades com função e assistência. Este obteve nota máxima em todos os quesitos, demonstrando um temperamento excepcional para a função terapêutica.

REQUISITOS PARA A VISITA

De responsabilidade da tutora:

* Transporte no colo, em bolsa apropriada ou caixa transportadora, até o leito do paciente, sempre com guia ou peitoral durante a condução no hospital;

* Utilização de sapatos apropriados durante a visita e higienização das patas do animal com solução alcoólica a 70% em gel.

* Acompanhamento do animal a todo momento dentro das dependências do hospital, estando sempre sob supervisão da tutora;

* Vacinação e vermifugação atualizadas, conforme comprovação apresentada pela tutora;

* Higienização prévia, com unhas aparadas e sob controle rigoroso para evitar qualquer risco de contaminação ou desconforto.

De responsabilidade do paciente e responsáveis legais

* Informar à equipe caso haja alergia a animais;

* Informar à equipe caso haja receio, medo ou desconforto quanto à presença do animal;

* Preparação do leito com tecido SMS para proteção de contaminações e descarte do respectivo tecido após a visita;

* Uso de avental descartável pelo paciente durante toda a visita e com descarte

apropriado após o encerramento;

* Higienização das mãos antes e após a visita pelo paciente e responsáveis presentes no quarto.

RISCOS E CONSIDERAÇÕES

Ao aceitar a visita do animal, o paciente/responsável declara estar ciente de que:

* A presença de um animal, ainda que treinado e saudável, pode envolver riscos mínimos, como reações alérgicas, desconforto, medo ou comportamentos imprevisíveis do animal;

* A visita será supervisionada por profissional da equipe hospitalar, bem como pela tutora do animal, que manterá o controle e o cuidado durante toda a permanência;

* O contato com o animal é opcional e pode ser interrompido a qualquer momento a critério do paciente, familiar ou da equipe de saúde;

* Nenhum procedimento assistencial será substituído por essa interação, que tem caráter complementar e não substitutivo ao tratamento clínico.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro, de forma livre e esclarecida, que autorizo a visita do animal acima descrito durante minha permanência neste hospital, compreendendo os objetivos, os benefícios esperados e os possíveis riscos envolvidos. Estou ciente de que posso revogar este consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ao meu atendimento.

Francisco Beltrão, ____ de ____ de.

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O USO DE IMAGEM

Paciente: _____ **Data de Nascimento:** _____

Nº Prontuário: _____ **Data de internação:** _____

- Dados do Responsável (caso de pacientes menores de idade ou que estejam capacitados de responder autonomamente)

Nome completo: _____

Endereço: _____

RG N°: _____ CPF N°: _____

Autorizo a captura gratuita de imagens, áudio e vídeo, minhas e de meu animal de estimação, para fins institucionais e de publicidade do INSTITUTO SANTÉ - HOSPITAL INTERMUNICIPAL DR. ARYZONE MENDES ARAUJO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 08.776.971/0009-97, sendo destinada à divulgação para uso interno desta instituição e/ou ao público em geral, em ambiente publicitário, como revistas, anúncios, televisão, busdoor, outdoors, além do ambiente eletrônico, tais como sites, blogs, redes sociais e demais meio de divulgação, não se limitando apenas aos elencados neste termo.

Estou ciente que o INSTITUTO SANTÉ - HOSPITAL INTERMUNICIPAL DR ARYZONE MENDES ARAÚJO irá tratar meus dados pessoais em relação a divulgação da imagem e/ou voz (áudio ou vídeo), sendo o INSTITUTO SANTÉ - HOSPITAL INTERMUNICIPAL DR. ARYZONE MENDES ARAUJO o agente Controlador dos meus dados, tendo o poder de decisão frente ao meu consentimento livre e inequívoco advindo deste termo. Assim como poderá compartilhar, quando necessário, meus dados pessoais com terceiros, comprometidos a seguir as mesmas diretrizes deste termo, sempre respeitando os princípios dispostos no art. 6º da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018).

Entendo que o INSTITUTO SANTÉ - HOSPITAL INTERMUNICIPAL DR. ARYZONE MENDES ARAUJO tem o dever de preservar o meu direito à intimidade, não permitindo o uso com finalidade distinta da prevista neste termo.

Da mesma maneira se responsabiliza por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes para proteger meus dados pessoais e caso ocorra algum incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, serei comunicada em prazo razoável conforme disposto na legislação vigente.

Estou ciente de que a presente autorização é concedida a título gratuito, em caráter permanente, por prazo indeterminado, abrangendo o uso da imagem e/ou voz, total ou parcial, podendo ocorrer em território nacional e/ou no exterior, de forma irrevogável e irretroatável, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem ou a qualquer outro título.

Compreendo que o meu consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo, desde que a revogação ocorra antes da publicação, bem como de que eventual revogação não implicará no dever de o Instituto remover eventuais materiais já divulgados, se limitando apenas a interrupção de novas divulgações.

Declaro que li, analisei e compreendi o teor da presente autorização, me sendo esclarecido de maneira integral e fundamentada sobre a extensão do autorizado.

Assino a presente autorização, em formato digital ou em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que surta seus efeitos jurídicos e legais.

Francisco Beltrão PR, _____ de _____ de.

Assinatura

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O USO DE IMAGEM

Nome completo: _____

Endereço: _____

RG N°: _____ CPF N°: _____

Autorizo a captura gratuita de imagens, áudio e vídeo, minhas e de meu animal de estimação, para fins institucionais e de publicidade do INSTITUTO SANTÉ - HOSPITAL INTERMUNICIPAL DR. ARYZONE MENDES ARAUJO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 08.776.971/0009-97, sendo destinada à divulgação para uso interno desta instituição e/ou ao público em geral, em ambiente publicitário, como revistas, anúncios, televisão, busdoor, outdoors, além do ambiente eletrônico, tais como sites, blogs, redes sociais e demais meio de divulgação, não se limitando apenas aos elencados neste termo.

Estou ciente que o INSTITUTO SANTÉ - HOSPITAL INTERMUNICIPAL DR ARYZONE MENDES ARAÚJO irá tratar meus dados pessoais em relação a divulgação da imagem e/ou voz (áudio ou vídeo), sendo o INSTITUTO SANTÉ - HOSPITAL INTERMUNICIPAL DR. ARYZONE MENDES ARAUJO o agente Controlador dos meus dados, tendo o poder de decisão frente ao meu consentimento livre e inequívoco advindo deste termo. Assim como poderá compartilhar, quando necessário, meus dados pessoais com terceiros, comprometidos a seguir as mesmas diretrizes deste termo, sempre respeitando os princípios dispostos no art. 6º da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018).

Entendo que o INSTITUTO SANTÉ - HOSPITAL INTERMUNICIPAL DR. ARYZONE MENDES ARAUJO tem o dever de preservar o meu direito à intimidade, não permitindo o uso com finalidade distinta da prevista neste termo.

Da mesma maneira se responsabiliza por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes para proteger meus dados pessoais e caso ocorra algum incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, serei comunicada em prazo razoável conforme disposto na legislação vigente.

Estou ciente de que a presente autorização é concedida a título gratuito, em caráter permanente, por prazo indeterminado, abrangendo o uso da imagem e/ou voz, total ou parcial, podendo ocorrer em território nacional e/ou no exterior, de forma irrevogável e irretroatável, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem ou a qualquer outro título.

Compreendo que o meu consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo, desde que a revogação ocorra antes da publicação, bem como de que eventual revogação não implicará no dever de o Instituto remover eventuais materiais já divulgados, se limitando apenas a interrupção de novas divulgações.

Declaro que li, analisei e compreendi o teor da presente autorização, me sendo esclarecido de maneira integral e fundamentada sobre a extensão do autorizado.

Assino a presente autorização, em formato digital ou em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que surta seus efeitos jurídicos e legais.

Francisco Beltrão PR, _____ de _____ de.

Assinatura

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O USO DE IMAGEM

Nome completo: _____

Endereço: _____

RG N°: _____ **CPF N°:** _____

Nome do animal: _____

Registro: _____

Autorizo a captura gratuita de imagens, áudio e vídeo, minhas e de meu animal de estimação, para fins institucionais e de publicidade do INSTITUTO SANTÉ - HOSPITAL INTERMUNICIPAL DR. ARYZONE MENDES ARAUJO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 08.776.971/0009-97, sendo destinada à divulgação para uso interno desta instituição e/ou ao público em geral, em ambiente publicitário, como revistas, anúncios, televisão, busdoor, outdoors, além do ambiente eletrônico, tais como sites, blogs, redes sociais e demais meio de divulgação, não se limitando apenas aos elencados neste termo.

Estou ciente que o INSTITUTO SANTÉ - HOSPITAL INTERMUNICIPAL DR ARYZONE MENDES ARAÚJO irá tratar meus dados pessoais em relação a divulgação da imagem e/ou voz (áudio ou vídeo), sendo o INSTITUTO SANTÉ - HOSPITAL INTERMUNICIPAL DR. ARYZONE MENDES ARAUJO o agente Controlador dos meus dados, tendo o poder de decisão frente ao meu consentimento livre e inequívoco advindo deste termo. Assim como poderá compartilhar, quando necessário, meus dados pessoais com terceiros, comprometidos a seguir as mesmas diretrizes deste termo, sempre respeitando os princípios dispostos no art. 6º da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018).

Entendo que o INSTITUTO SANTÉ - HOSPITAL INTERMUNICIPAL DR. ARYZONE MENDES ARAUJO tem o dever de preservar o meu direito à intimidade, não permitindo o uso com finalidade distinta da prevista neste termo.

Da mesma maneira se responsabiliza por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes para proteger meus dados pessoais e caso ocorra algum incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, serei comunicada em prazo razoável conforme disposto na legislação vigente.

Estou ciente de que a presente autorização é concedida a título gratuito, em caráter permanente, por prazo indeterminado, abrangendo o uso da imagem e/ou voz, total ou parcial, podendo ocorrer em território nacional e/ou no exterior, de forma irrevogável e irretroatável, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem ou a qualquer outro título.

Compreendo que o meu consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo, desde que a revogação ocorra antes da publicação, bem como de que eventual revogação não implicará no dever de o Instituto remover eventuais materiais já divulgados, se limitando apenas a interrupção de novas divulgações.

Declaro que li, analisei e compreendi o teor da presente autorização, me sendo esclarecido de maneira integral e fundamentada sobre a extensão do autorizado.

Assino a presente autorização, em formato digital ou em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que surta seus efeitos jurídicos e legais.

Francisco Beltrão PR, _____ de _____ de.

Assinatura



Matéria publicada no Diário Oficial Eletrônico do Município de Francisco Beltrão (DOM-FB) em 01/06/2026 - Edição número 162.

É possível consultar a autenticidade deste documento através do endereço <https://diariooficial.franciscobeltrao.com.br/>.