



**MEDICINA  
LISBOA**

## **DESPACHO 99/2021**

### **Declaração de Consentimento para gravação de áudio e imagens em fotografia ou vídeo**

Pelo presente Despacho procede-se à publicação, em anexo, da Deliberação do Conselho de Gestão de 18 de outubro que definiu as minutas de Declaração de Consentimento para gravação de áudio e imagens em fotografia ou vídeo, no contexto da estratégia desenvolvida pela Direção da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa-FMUL em matéria de RGPD, no âmbito da Proteção de Dados, fundamentais à boa gestão e operacionalidade das várias áreas de atividade letivas e não letivas.

Lisboa, 19 de outubro de 2021.

**Prof. Doutor Fausto J. Pinto**

**(Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)**



**MEDICINA  
LISBOA**

**ANEXO 1**

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA  
GRAVAÇÃO DE AUDIO, IMAGENS EM FOTOGRAFIA OU VÍDEO**

Eu,....., **na qualidade de Docente** a exercer funções na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa ("FMUL"), reconheço o contexto de permanente alteração e dinamismo que tem vindo a pautar o ensino e a forma de o lecionar na última década com especial foque à vertente tecnológica, mormente, uso digital de áudio, imagem e vídeo, recursos amplamente utilizados para fins didáticos e de ensino.

Nessa medida, enquanto pessoa singular e titular dos meus dados pessoais declaro ter conhecimento do crescimento da necessidade de gravação de áudio/ imagem ou vídeo (ACTO) para fins de um maior e melhor ensino a disponibilizar junto dos estudantes de medicina em formato *on-line*, incluindo, divulgação em reportório digital.

As gravações das aulas teóricas e/ou práticas destinam-se a ficar disponíveis em formato digital *on-line*, sem qualquer custo ou receita para o próprio, a serem divulgadas única e exclusivamente com o fim de ensino junto dos estudantes de medicina e comunidade FMUL na qual se incluem as instituições afiliadas/parceiras.

Todas as gravações e divulgações de áudio/imagem ou vídeo serão disponibilizadas junto da comunidade FMUL de forma gratuita e a sua reprodução ou disponibilização não têm por objetivo qualquer obtenção de vantagem económica ou comercial para a FMUL ou qualquer um dos seus Parceiros.

A recolha das imagens necessárias ao presente ACTO serão guardadas em ficheiro próprio no sistema de privacidade e proteção de dados gerido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, em conformidade com a legislação aplicável em sede de Regime Geral de Proteção de Dados e durante o período estritamente necessário à realização do ACTO de divulgação.

A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa encontra-se em cumprimento com todas as medidas técnicas e organizativas adequadas à proteção de dados pessoais contra a destruição accidental ou ilícita, a difusão, a alteração, a divulgação, o acesso não autorizado e contra qualquer outra forma de tratamento ilícito, bem como vinculado a especiais deveres de sigilo profissional e confidencialidade.

Foi-me dado a conhecer que caso pretenda retirar a minha autorização poderei fazê-lo a qualquer momento mediante o envio de *email* para com o respetivo pedido para [protecaodados@medicina.ulisboa.pt](mailto:protecaodados@medicina.ulisboa.pt), sendo as respetivas imagens eliminadas do repositório de imagens e as aulas não serão objeto de divulgação.

Assim,

- Autorizo** por minha livre, específica e informada vontade, a captação, tratamento e respetiva difusão da imagem própria e os dados pessoais inerentemente a esta associados para *[deve informar em concreto o fim a que se destina, indicando atividades de ensino, ou promoção de ciência, ou divulgação institucional, ou reportório digital, ou qualquer outra atividade quanto à qual seja necessário o presente consentimento]* apenas para os fins anteriormente indicados e durante o período de tempo estritamente necessário à prossecução dessas mesmas finalidades.



**MEDICINA  
LISBOA**

*Handwritten signature*

- Não Autorizo** a captação, tratamento e respetiva difusão da imagem própria e os dados pessoais inerentemente a esta associados para *[deve informar em concreto o fim a que se destina, indicando atividades de ensino, ou promoção de ciência, ou divulgação institucional, ou relatório digital, ou qualquer outra atividade quanto à qual seja necessário o presente consentimento]* apenas para os fins anteriormente indicados e durante o período de tempo estritamente necessário à prossecução dessas mesmas finalidades

Comprometo-me ainda a utilizar na qualidade de Docente da FMUL e no decurso do seu ensino apenas obras próprias e/ou a inserção de citações, resumos de obras alheias e estudos científicos sempre devidamente identificados quanto ao seu autor, obra e editor, todos com fins de crítica, discussão ou ensino na medida justificada pelo fim a atingir.

.....(local),...../...../.....(data)

Assinatura do próprio

A presente Declaração de Consentimento de Imagem é composta por 2 folhas e feita em duas vias: (i) para a FMUL e (ii) para o titular de dados.



**MEDICINA  
LISBOA**

**ANEXO 2**

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA  
GRAVAÇÃO DE ÁUDIO, IMAGENS EM FOTOGRAFIA OU VÍDEO**

Eu,....., **estudante** inscrita/o na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa ("FMUL"), no ..... ano do ano letivo...../....., maior, pessoa singular plenamente titular dos meus dados pessoais declaro ter conhecimento da necessidade de gravação de áudio ou imagem (ACTO) para fins de ensino a disponibilizar em formato on-line incluindo, reportório digital, no contexto de ensino a lecionar na ou pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Pela presente foi-me dado a conhecer que no âmbito da realização de avaliações *online* de carater necessário ao cumprimento dos requisitos impostos para a conclusão do curso no qual me encontro inscrito, serão objeto de gravação todas as avaliações, as quais serão guardadas em ficheiro próprio gerido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e em conformidade com a legislação aplicável em sede de Regime Geral de Proteção de Dados e durante o período estritamente necessário à realização do ACTO de divulgação

As gravações das aulas teóricas ou práticas destinam-se a ficar disponíveis em formato digital *on-line* a serem divulgadas única e exclusivamente com o fim de ensino e em formato totalmente gratuito junto da comunidade FMUL na qual se incluem Parcerias com entidades nacionais ou internacionais.

A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa encontra-se em cumprimento com todas as medidas técnicas e organizativas adequadas à proteção de dados pessoais contra a destruição acidental ou ilícita, a difusão, a alteração, a divulgação, o acesso não autorizado e contra qualquer outra forma de tratamento ilícito, bem como vinculado a especiais deveres de sigilo profissional e confidencialidade.

Foi-me dado a conhecer que a recolha das imagens necessárias ao presente ACTO são propriedade da FMUL, não podendo ser divulgadas por qualquer meio eletrónico ou digital e/ou por nenhuma outra entidade singular ou coletiva, pública ou privada sem autorização prévia expressa por escrito pela FMUL e serão guardadas em ficheiro próprio gerido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em conformidade com a legislação aplicável em sede de Regime Geral de Proteção de Dados e durante o período estritamente necessário à realização do ACTO de divulgação.

Foi-me ainda dado a conhecer que caso pretenda retirar a minha autorização poderei fazê-lo a qualquer momento mediante o envio de *email* para com o respetivo pedido para [protecaodados@medicina.ulisboa.pt](mailto:protecaodados@medicina.ulisboa.pt), sendo as respetivas imagens eliminadas do repositório de imagens e das aulas onde são apresentadas.

A presente declaração de consentimento será aplicável para todos os ACTOS de gravação e divulgação de áudio ou imagem durante o período de inscrição no curso.

Assim,

- Autorizo** por minha livre, específica e informada vontade, a captação, tratamento e respetiva difusão da imagem própria e os dados pessoais inerentemente a esta associados para *[deve informar em concreto o fim a que se destina, indicando atividades de ensino, ou promoção de ciência, ou divulgação institucional, ou reportório digital, ou qualquer outra atividade quanto à qual*



**MEDICINA  
LISBOA**

*seja necessário o presente consentimento]* apenas para os fins anteriormente indicados e durante o período de tempo estritamente necessário à prossecução dessas mesmas finalidades.

- Não Autorizo** a captação, tratamento e respetiva difusão da imagem própria e os dados pessoais inerentemente a esta associados para *[deve informar em concreto o fim a que se destina, indicando atividades de ensino, ou promoção de ciência, ou divulgação institucional, ou relatório digital, ou qualquer outra atividade quanto à qual seja necessário o presente consentimento]* apenas para os fins anteriormente indicados e durante o período de tempo estritamente necessário à prossecução dessas mesmas finalidades

Mais declaro que me foi dado a conhecer que caso não autorize a captação, tratamento e respetiva difusão da imagem própria, devo permanecer com a minha câmara desligada no decurso de aulas registadas em ambiente digital ou eletrónico, salvo no âmbito da realização de avaliações *online* de carater necessário ao cumprimento dos requisitos impostos para a conclusão do curso

.....(local),...../...../.....(data)

Assinatura do próprio

A presente Declaração de Consentimento de Imagem é composta por 2 folhas e feita em duas vias: (i) para a FMUL e (ii) para o titular de dados.



**MEDICINA  
LISBOA**

**ANEXO 3**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
GRAVAÇÃO DE AUDIO, IMAGENS EM FOTOGRAFIA OU VÍDEO**

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, utente, doente ou seu representante legal, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido.

As gravações destinam-se a ficar disponíveis para comparação com outras, futura ou anteriormente realizadas, permitindo avaliar com mais fidelidade a evolução de sinais da observação clínica bem como a serem divulgadas, presencialmente ou em formato digital on-line, incluindo, reportório digital, no contexto de ensino a lecionar na ou pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Após a filmagem ou fotografia, o utente, doente ou seu representante legal terá acesso a visualizar as imagens, de modo a ter pleno conhecimento do material a divulgar em atividades letivas.

Em qualquer caso, é garantida a ocultação de dados de identificação da pessoa e, a não ser que expressamente o autorize, não será exibida a sua face. É igualmente garantido que a presente autorização possa ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afete os cuidados a prestar à pessoa.

Declaro ter respondido a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Foram dadas garantias à pessoa que, em caso de recusa, os seus direitos aos melhores cuidados possíveis encontram-se totalmente assegurados, assim como todos os seus direitos.

Caso o utente, doente ou seu representante legal pretenda retirar a autorização deverá contactar o médico signatário da presente autorização ou remeter email com o respetivo pedido para [protecaodados@medicina.ulisboa.pt](mailto:protecaodados@medicina.ulisboa.pt), sendo as respetivas imagens eliminadas do repositório de imagens e das aulas onde são apresentadas.

Nome legível do profissional de saúde responsável pela proposta:

Assinatura, número de cédula profissional ou número mecanográfico

Unidade de Saúde:

Contacto institucional do profissional de saúde

Data ...../...../..... Assinatura .....



**MEDICINA  
LISBOA**

**AO UTENTE | DOENTE | REPRESENTANTE LEGAL**

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas, encontrando-se totalmente esclarecido.**

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação de recolha de imagens, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Confirmando ainda que a minha participação é de carácter inteiramente voluntário e limitada a fins de ensino de carácter científico pedagógico. Compreendi também que poderei retirar esta autorização a qualquer momento, devendo para esse efeito contactar o médico que assinou a autorização ou remeter *email* para [protecaodados@medicina.ulisboa.pt](mailto:protecaodados@medicina.ulisboa.pt), sendo assim eliminadas as respetivas imagens do repositório de imagens e das aulas onde são apresentadas. Os dados pessoais recolhidos serão incorporados e tratados no sistema de privacidade e proteção de dados gerido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa encontra-se em cumprimento com todas as medidas técnicas e organizativas adequadas à proteção de dados pessoais contra a destruição accidental ou ilícita, a difusão, a alteração, a divulgação, o acesso não autorizado e contra qualquer outra forma de tratamento ilícito, bem como vinculado a especiais deveres de sigilo profissional e confidencialidade.

Foi-me dado a conhecer que a recolha das imagens necessárias ao presente ACTO serão guardadas em ficheiro próprio gerido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e em conformidade com a legislação aplicável em sede de Regime Geral de Proteção de Dados e durante o período estritamente necessário à realização do ACTO.

Assim,

- Autorizo** a recolha de imagens minhas (áudio, fotografia ou vídeo) a fim de serem apresentadas em aulas da Faculdade de Medicina de Lisboa em formato físico ou digital no qual se inclui repositório digital.
- Não Autorizo** a recolha de imagens minhas (áudio, fotografia ou vídeo) a fim de serem apresentadas em aulas da Faculdade de Medicina de Lisboa em formato físico ou digital no qual se inclui repositório digital.

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo tido a possibilidade e realizado todas as perguntas sobre o assunto.

.....(local),...../...../.....(data)

Assinatura do próprio



**MEDICINA**  
LISBOA

Se não for o próprio a assinar:

Nome:..... ..... Documento de Identificação nº:.....Válido até ...../...../..... Grau de Parentesco ou tipo de representação..... Assinatura conforme resulta do documento de identificação: <input type="text"/>
---

A presente Declaração de Consentimento de Imagem é composta por 3 folhas e feita em duas vias: (i) original para o processo clínico e (ii) duplicado para o Utente, Doente ou Representante que consente.