Hospital São Vicente de Paulo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE CAPTAÇÃO DE IMAGENS EM PARTOS

Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Nº do Registro/Atendimento:

Eu,_____(nome), _____(estado civil), _____(profissão), portadora de RG nº_____, inscrita no CPF nº_____, residente e domiciliada a _____
_____

DECLARO, sob minha inteira responsabilidade e para todos os fins de direito que, por meio de contrato particular, autorizo o(a) fotógrafo(a)/cameraman profissional_____(nome), com endereço profissional à_____
_____

inscrito (a) no CPF/CNPJ nº_____, a entrar no Centro Cirúrgico Obstétrico e fotografar e/ou filmar meu parto, a ser realizado no dia _____/_____/_____, pelo(a) médico(a) responsável_____ (nome do(a) médico(a)b), inscrito(a) no CRM nº_____, mediante autorização por escrito.

Declaro ainda estar ciente de que, em situações de urgência/emergência, poderá ser vetada a presença do fotógrafo pelo médico obstetra, ou o pedido de sua retirada da sala.

A ora declarante assume exclusiva e integral responsabilidade Civil ou Penal previstas na legislação pátria vigente, pelo uso indevido das imagens, por contraprestações financeiras ou qualquer outro dano advindo da relação jurídica estabelecida com o fotógrafo profissional, bem como pelas ações não condizentes a regular execução de seus serviços, tomadas, em especial, mas não se limitando, nas dependências do Centro Cirúrgico Obstétrico, restando assim o **HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO** isento de quaisquer responsabilidades.

Por ser verdade, firma o presente para a produção de todos os efeitos legais.

Passo Fundo/RS, _____ de _____ de 20_____.

_____
Assinatura da parturiente

_____ _____
1. Assinatura da Testemunha 2. Assinatura da Testemunha