

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CADASTRO DE FOTÓGRAFOS

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Empresa: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

E-mail: _____

Possui outra profissão? _____

Qual? _____

Declaramos que o Fotógrafo(a) _____
_____ está devidamente cadastrado(a)
e autorizado(a) a entrar com a gestante e seu acompanhante, nesta instituição, após acolhimento
e internação da parturiente.

O acesso na sala cirúrgica (sala de cesárea) será restrito para 01 (um) fotógrafo, conforme
normas internas que determinam o número de pessoas durante o procedimento e de acordo com
a Diretoria Técnica Médica.

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

Fotógrafo

Diretoria Técnica Médica