

**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)/cameram 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