

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TERMO DE RESPONSABILIDADE DE CAPTAÇÃO DE IMAGENS EM PARTOS



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 e fotografar e/ou filmar meu parto, a ser realizado no dia ____/____/____, pelo(a) médico(a) responsável _____ (nome do(a) médico(a)), inscrito(a) no CRM nº _____, mediante cadastro na Instituição.

Declaro estar ciente de que só será permitida a entrada de fotógrafos previamente treinados. 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. Além de situações de urgência e emergência o profissional também poderá ser vetado a permanecer na sala se houver comportamento inadequado que possa prejudicar o andamento do procedimento colocando em risco a parturiente e/ou o neonato. 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 VILA DA SERRA isento de quaisquer responsabilidades.

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

Local e data:

Assinatura Parturiente ou Responsável

1. Assinatura do médico

2. Assinatura do fotógrafo (a)