

**HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE CAPTAÇÃO DE IMAGENS EM PARTOS**

Eu, \_\_\_\_\_,  
(estado civil), \_\_\_\_\_ (profissão), portadora do RG nº \_\_\_\_\_,  
inscrita no CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliada em \_\_\_\_\_, **DECLARO**,  
sob, minha inteira responsabilidade e para todos os fins de direito que, por meio de contrato particular, autorizo o (a) fotógrafo(a)/cinegrafista profissional \_\_\_\_\_, com endereço profissional/residencial à \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/CNPJ nº \_\_\_\_\_, a entrar no Centro Cirúrgico Obstétrico e fotografar meu parto, a ser realizado no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, pelo médico responsável \_\_\_\_\_ (nome do médico(a)), inscrito(a) no CRM nº \_\_\_\_\_, mediante autorização por escrito.

A ora declarante assume exclusiva e integral responsabilidade Civil ou Penal previstas na legislação vigente, pelo uso indevido das imagens, por contraprestações financeiras ou qualquer outro dano advindo da declaração jurídica estabelecida com o fotógrafo amador/profissional, bem como pelas ações condizentes a regular execução de seus serviços, tomadas, em especial, mas não se limitando, nas dependências do Centro Cirúrgico, restando o Hospital Nossa Senhora Auxiliadora isenta de quaisquer responsabilidades.

O(A) MÉDICO(A) RESPONSÁVEL também autoriza, em caráter precário, a atividade acima descrita, podendo a qualquer momento suspender a autorização e solicitar ao(a) fotógrafo(a)/cinegrafista sua imediata retirada do local, visando preservar o regular andamento do procedimento.

O(A) FOTÓGRAFO(A)/CINEGRAFISTA PROFISSIONAL declara estar ciente das recomendações do Hospital Auxiliadora, obrigando-se a cumprir todas as normas técnicas de prevenção de infecção hospitalar recomendadas sob pena de solicitação de imediata retirada do local por quaisquer profissionais de saúde.

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

Três Lagoas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Assinatura da parturiente Assinatura e carimbo do(a) médico(a) responsável

Assinatura e carimbo da enfermeira responsável

Assinatura do fotógrafo(a)/cinegrafista