



IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS
CNPJ.: 71.041.289/0001-35
Rua Capitão Luiz Soares – 550 Centro São Sebastião/SP



TERMO DE CONSENTIMENTO PELOS REGISTROS FOTOGRÁFICOS E/OU AUDIOVISUAIS REALIZADOS DE FORMA PARTICULAR

Nome da gestante _____

Acompanhada _____

Eu _____
nacionalidade e estado civil _____, profissão _____, portador
da cédula de identidade RG nº _____, CPF inscrito no CPF/Nº _____
de livre e espontânea vontade, sem constrangimento, coação, dolo ou influência de outrem, declaro
que:

- 1.– Os registros fotográficos realizados de forma particular são de minha inteira responsabilidade, estando sujeita as penalidades legais pelo uso indevido das imagens.
- 2.– Comprometo a manter sigilo quanto a quaisquer informações do Hospital de Clínicas de São Sebastião, suas normas internas e operacionais, assim como todas as informações obtidas nos serviços realizados, sob pena de perdas e danos a que der causa, seja ao Hospital de Clínicas de São Sebastião ou a terceiros, assim como as cominações penais cabíveis.
- 3.– Os registros por imagens fotográfico em que aparecer qualquer pessoa, somente poderão ser realizados e divulgados mediante autorização expressa desta, sendo que deverá ser entregue uma cópia desta autorização ao Hospital de Clínicas de São Sebastião;
- 4- não esta altorizado a filmagem.
- 4 – tendo que entregar e comunicar com no minimo 3 dias antes do parto.

São Sebastião ____ de _____ de _____

Nome completo e assinatura fotografo

Nome completo e assinatura da gestante

TESTEMUNHAS:

1º _____
Nome e CPF

2º _____
Nome e CPF