

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA CAPTAÇÃO DE IMAGENS POR PROFISSIONAL EXTERNO

Pelo presente instrumento, eu, ,
inscrita no CPF sob o nº , doravante denominado
"Paciente", declaro, de forma livre, informada e inequívoca, **CONSENTIR** com a
captação de imagens durante minha permanência nas dependências do Hospital
Dom Orione.

I. Do Objeto e Finalidade

1. A presente autorização é concedida exclusivamente para fins pessoais do Paciente.
2. A captação das imagens será realizada pelo profissional fotógrafo, , inscrito(a) no CPF sob o nº , contratado(a) diretamente pelo Paciente.
3. A atuação do profissional externo e a captação de imagens deverão ocorrer em estrita conformidade com as normas institucionais vigentes do Hospital Dom Orione e a **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais** (Lei nº 13.709/2018 – LGPD).
4. O Paciente declara estar plenamente ciente de que a captação, o uso, o tratamento, o armazenamento e a eventual divulgação das imagens são de inteira e exclusiva responsabilidade do(a) profissional externo(a) contratado(a) e do próprio Paciente.
5. O Hospital Dom Orione não realiza, não interfere e não se responsabiliza por qualquer conteúdo produzido, tratado, armazenado ou divulgado em decorrência desta autorização.
6. Cabe exclusivamente ao profissional externo contratado o integral cumprimento das normas legais, éticas e institucionais pertinentes à sua atuação e ao tratamento dos dados captados.

II. Declaração e Assinatura:

Declaro que li, compreendi e concordo integralmente com todas as condições e termos aqui estabelecidos.

Araguaína/TO, ____/____/____

Assinatura do Paciente