



FILIADA À CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL
Certificada como Hospital de Ensino pela Portaria Interministerial nº 2. 576 de 10/10/2007.
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO - DEPE

TERMO DE COMPROMISSO

Ao Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão - DEPE
Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Pelo presente termo, considerando a concessão de visita técnica aos
estudantes do Curso _____ do(a)
_____, CNPJ _____,
neste ato representando legalmente por _____, CPF
_____, firmo compromisso de isentar a Santa Casa de
Misericórdia de Sobral, CNPJ 07.818.313/0001-09, por qualquer dano moral,
material e/ou estético eventualmente sofridos pelos estudantes durante a
atividade, ficando a possível responsabilidade civil e a eventual necessidade de
contratação de seguro a cargo da Instituição de Ensino.

DADOS DA VISITA TÉCNICA

Setor:
Data:
Horário:

Sobral-CE, XX de xx de 20xx.

Assinatura e carimbo do(a) representante legal da Instituição solicitante.