

# TERMO DE RESPONSABILIDADE

## BIOMETRIA FACIAL

Termo de responsabilidade do **Sistema de Leitores Biométricos**, visando alertar sobre as limitações de aplicação e cuidados, sendo obrigatório o preenchimento do presente termo atestando o conhecimento dos usuários.

### I - Do Cadastramento

I.1 – Somente será realizado o cadastramento biométrico dos moradores e usuários habituais maiores de 18 anos.

I.1.a. - O proprietário, locatário ou morador, na ocasião do cadastramento da biometria, deverá estar com o cadastro atualizado com cópia do CPF e RG.

I.1.b. - Será permitido o cadastramento biométrico para moradores menores de 18 anos, mediante autorização expressa dos pais ou responsáveis (vide anexo 01).

I.2 - Não terão acesso a utilização de Biometria, os visitantes e prestadores de serviços;

### II - Da Responsabilidade

II.1. – O condômino será responsável por todo acesso, que se der por meio de sua **Biometria Facial**.

II.1.a. – O morador será igualmente responsável pelos acessos realizados por meio da **sua Biometria Facial**, menores de 18 anos por ele autorizados, nos termos do item “I.1.b”.

II.2. – O acesso de entrada e saída deverá ser individual, não sendo permitido o acesso com demais moradores.

### III - Do Cancelamento

III.1. – O morador é responsável pelo cancelamento do cadastramento biométrico **facial**, vinculados ao seu imóvel;

III.2. – A solicitação deverá ser feita por escrito, tendo a administração o prazo de 48 (quarenta e oito) horas para realização do cancelamento; que deverá ser entregue em dias úteis nos horários de funcionamento da administração do condomínio.

III.3. – No prazo previsto no item ”III.2, a responsabilidade por qualquer acesso realizado no período é exclusivamente do morador;

## TERMO DE RESPONSABILIDADE BIOMETRIA FACIAL

Eu, \_\_\_\_\_, nacionalidade, \_\_\_\_\_,  
estado civil, \_\_\_\_\_, profissão, \_\_\_\_\_, inscrito no  
CPF sob o nº \_\_\_\_\_, e no RG nº \_\_\_\_\_, residente e  
domiciliado(a) à Avenida do Anastácio, 2409, apartamento \_\_\_\_\_, bloco \_\_\_\_\_, City  
América, CEP 05119-000 – São Paulo/SP, li e concordo com o Termo de  
Responsabilidade acima exposto.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Condomínio Montana Gardens

\_\_\_\_\_  
Morador Responsável

# TERMO DE RESPONSABILIDADE BIOMETRIA FACIAL

## ANEXO 01

### AUTORIZAÇÃO PARA MENORES DE 18 ANOS

Eu, \_\_\_\_\_, nacionalidade, \_\_\_\_\_, estado civil, \_\_\_\_\_, profissão, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, e no RG nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à Avenida do Anastácio, 2409, apartamento \_\_\_\_\_, bloco \_\_\_\_\_, City América, CEP 05119-000 – São Paulo/SP, igualmente responsável (conforme item II.1.a da Responsabilidade), autorizo os menores abaixo listados para o cadastramento da Biometria Facial.

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_