

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Nome: _____

Responsável por: (se for menor de 18 anos) _____

Nacionalidade: _____ estado civil: _____

Identidade/RG: _____ órgão expedidor: _____ CPF: _____

Residente na Rua/Av/Estrada: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

AUTORIZO ao Dr.(a) _____, o uso e a reprodução, integral ou parcial, de minha imagem ou do menor, fixada nas fotografias tiradas no dia ____ de _____ de 20____, com a finalidade de:

(preencher os parênteses com as palavras SIM ou NÃO, escritas de próprio punho)

() acompanhamento de tratamento;

() apresentação em aulas, congressos e seminários;

() publicação em revistas médicas e em livros científicos;

A presente autorização é concedida a título gratuito, por prazo indeterminado, com validade a partir da presente data, abrangendo o uso da imagem, ou imagens, em todo o território nacional e no exterior.

Por expressão de minha espontânea vontade, declaro que autorizo os usos acima descritos, desde já nada pleiteando a título de direitos conexos à minha imagem ou quaisquer outros direitos, patrimoniais ou morais.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura: _____

Diagnóstico: _____