

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
_____ (estado civil), _____
(profissão), _____ (nacionalidade), portador da carteira de identidade
nº _____, expedida por _____ e inscrito no CPF/MF
sob nº _____, residente e domiciliado à
_____, endereço eletrônico
_____, celular _____, na qualidade de
palestrante dos congressos, seminários e palestras promovidos pela SOCIEDADE
BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO – SBD-RJ, inscrita no CNPJ/MF
sob o nº 07.265.348/0001-50, com sede à Rua México, 31, sala 204, Rio de Janeiro,
Estado do Rio de Janeiro, CEP 20.031-144, nos termos do artigo 7º, inciso I, da Lei nº
13.709/2018, me obrigo a apresentar o “TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE
IMAGEM E VOZ” dos pacientes que foram objeto de estudos acadêmicos e pesquisa,
para fins de apresentação em aulas, congressos e seminários, em qualquer meio de
comunicação, incluindo, mas não se limitando a folhetos em geral (encartes, mala
direta, catálogo, etc.), folder de apresentação, anúncios em revistas e jornais em geral,
home page, cartazes, back-light, mídias sociais e eletrônica (painéis, vídeo-tapes,
televisão, entre outros), backdrop e selo.

Obrigo-me, ainda, a buscar anonimizar os dados constantes do “TERMO
DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ”, de modo que seus titulares não
possam ser identificados

Fica eleito o foro da Comarca da cidade do Rio de Janeiro para dirimir
quaisquer dúvidas ou controvérsias oriundas deste “Termo de Responsabilidade”.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.
