

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Eu, _____, responsável por _____ (menor de 18 anos), _____ (nacionalidade), _____ (profissão), portador da carteira de identidade nº _____, expedida pelo _____ e inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliado à _____, endereço eletrônico _____, celular _____, nos termos do artigo 7º, inciso I, da Lei nº 13.709/2018, autorizo que os meus dados pessoais, a saber, IMAGEM E VOZ, classificados como sensíveis, conforme dispõe o artigo 5º, inciso II, da referida legislação, sejam utilizados pela Dr.(a) _____, inscrito(a) no Conselho Regional de medicina do Estado do Rio de Janeiro - CRM-RJ, com consultório médico sito à _____, Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Os dados em questão serão utilizados para fins de estudos acadêmicos, pesquisa com 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, não podendo ser utilizados para outras finalidades sem minha expressa autorização.

Declaro, ainda, que recebi todas as informações necessárias sobre a utilização do uso da minha imagem e voz e não haverá nenhum tipo de pagamento ou remuneração pelo uso das mesmas (cedida a título gratuito), seja ela atual ou futura, para todo território nacional e exterior.

Fica eleito o foro da Comarca da cidade do Rio de Janeiro para dirimir quaisquer dúvidas ou controvérsias oriundas deste "Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz".

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.
