

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

Pelo presente **Termo de Autorização para Uso de Imagem**, sem finalidade comercial, autorizo (amos) o uso de minha (nossa) imagem, em filmagens (com ou sem áudio) e fotografias para serem utilizadas em divulgações, redes sociais, realização de trabalhos científicos e/ou institucional da Rede de Reabilitação Lucy Montoro, destinadas ao público em geral, imprensa e/ou apenas para uso desta instituição, desde que não haja desvirtuamento da sua finalidade.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso das imagens no território nacional e no exterior, por prazo indeterminado.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito.

Identificação do Paciente

Nome completo: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

E-mail: _____

Identificação do Responsável/Acompanhante

Nome completo: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

E-mail: _____

Assinatura do paciente ou responsável

Para uso exclusivo da Comunicação Institucional

Pauta: _____

Gravação/entrevista: ____/____/____ Previsão de publicação: ____/____/____

Veículo: _____

Jornalista/Produtor: _____