

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM & VOZ

Neste ato, eu _____ (nome completo), _____
_____, (nacionalidade), _____ (estado civil), inscrito(a) no RG sob nº _____,
inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, residente à _____,
nº _____, _____ (complemento), _____ (bairro), _____ (cidade), _____ (estado).

Autorizo a **Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro – PCRJ**, situada à Rua Afonso Cavalcanti, 455, Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.733/0001-48, **incluindo todos os órgãos da administração direta e indireta, e suas agências de publicidade e propaganda habilitadas por licitação**, a utilizar meu nome, dados biográficos, imagem e som de voz para finalidade didática e científica, divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos, congressos, etc... e também publicadas em livros, artigos, portais de internet, revistas científicas e similares, podendo inclusive ser mostrado o meu rosto, o que pode fazer com que eu seja reconhecido.

Consinto também que as imagens de meus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassons, eletromiografias, histopatológicos (exame no microscópio da peça cirúrgica retirada) e outros, sejam utilizadas e divulgadas.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi que os profissionais que me atendem e atenderão durante todo o tratamento não obterão qualquer tipo de ganhos financeiros com a exposição da minha imagem nas referidas publicações.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____.

Assinatura

Telefone para contato: _____