

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

(nome completo)

(nacionalidade)

(estado civil)

(profissão)

portador da Cédula de Identidade RG nº _____, inscrito no CPF/MF

sob nº _____, residente à _____

AUTORIZO o uso de minha imagem, em fotos, vídeos e conteúdo escrito a serem publicados nos veículos de comunicação institucional do Hospital Alemão Oswaldo Cruz - com sede à Rua João Julião, 331, São Paulo – SP, inscrito no CNPJ sob o nº 60.726.502/0001-26, sejam esses destinados à divulgação ao público em geral e/ou uso interno desta instituição, desde que não haja desvirtuamento da sua finalidade.

A presente autorização é concedida de forma irrestrita, abrangendo o uso da imagem acima mencionada sem prazo determinado, em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: revistas, impressos, site/blog e canais de Redes Sociais institucionais (YouTube, Facebook, LinkedIn, Twitter e Instagram).

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 01 (uma) via de igual teor e forma.

de

de 2024.

(Assinatura)