TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM

Eu, , portador da Cédula de Identidade nº , inscrito no CPF sob nº ,

Residente endereço , nº ,

Bairro: Cep:

na cidade de , AUTORIZO o uso de minha imagem

(ou do menor sob minha responsabilidade) em fotos ou filme, sem finalidade comercial, apenas para serem utilizadas em caráter informativo sobre técnicas e procedimentos utilizados. As referidas postagens deverão ter como objetivo de esclarecer e orientar a população quanto às possibilidades de atuação profissional, não sendo autorizada a minha identificação pessoal.

Autorizo que a imagem seja veiculada nas redes sociais (especificar quais)

do profissional ou consultório (especificar o nome) durante

o prazo de .

Sendo uma autorização de livre e espontânea vontade, estou ciente que tal divulgação será concedida a título gratuito para ambos.

Estou ciente dos riscos relacionados à publicação da imagem na internet e que o fisioterapeuta / terapeuta ocupacional responsável pela publicação inicial não tem controle sobre o compartilhamento da imagem por terceiros. Ficando a mim, paciente ou responsável

o direito de, a qualquer momento, solicitar a retirada da postagem inicial, dando tempo hábil ao profissional para a retirada da mesma.

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 e por fim, declaro ter recebido uma cópia do mesmo.

Local e data.

Assinatura do paciente ou do responsável

Assinatura e número do Registro profissional do fisioterapeuta responsável / terapeuta ocupacional