

AUTORIZAÇÃO PARA USO E PUBLICAÇÃO DE IMAGEM

Eu, _____, portador(a) da cédula de identidade nº _____, CPF nº _____, AUTORIZO o uso de minha imagem e/ou voz e/ou depoimento, assim como os resultados obtidos em meu tratamento realizado com a profissional _____, portador(a) da cédula de identidade nº _____, CPF nº _____, em formato de artigo, sem revelar meu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com minha privacidade. Este artigo será elaborado pela profissional para participação da mesma no Prêmio Excelência Acadêmica do 3º Estética Experience Scientific Conference da empresa FER EDITORA LTDA-ME, com sede em Av. das Américas, Nº12.900, Sala 605B, Ala Panamá, Cond. Américas Avenue, Recreio dos Bandeirantes, Rio de Janeiro/ RJ, inscrita no CNPJ sob o nº 25.529.234/0001-51, como parte da primeira etapa do Prêmio Excelência Acadêmica e caso a profissional passe para a segunda etapa, estou ciente de que a profissional poderá realizar uma apresentação com os resultados obtidos em meu tratamento fazendo uso da documentação fotográfica e demais dados do tratamento. Sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral e/ou apenas para uso interno desta, desde que não haja desvirtuamento da sua finalidade.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e sem limite de tempo ou número de utilizações.

Estou ciente também que é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo à continuidade de meu tratamento, e sem que haja nenhuma verba indenizatória na retirada, bastando para isso entrar em contato com o profissional responsável pelo meu tratamento. O promotor do evento terá o prazo de 30 dias para retirada do material de suas mídias após a notificação em escrito do paciente.

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.

Florianópolis, _____ de _____ de 2023

Paciente:

Profissional:

MATRIZ

Av. das Américas, 12.900, sala 605 B, Bl. 2, Ala Panamá, Condomínio Américas Avenue • Barra da Tijuca • RJ | CEP 22.790-702



FILIAL

Rua Elias Fausto, 54 Indianópolis • SP | CEP 04517-030

+55 (11) 2533 5068

www.esteticainsul.com.br

[/esteticainsul](#) [@esteticainsul.official](#) [Tv Negócio Estética](#)