TERMO DE CESSÃO DE IMAGEM E VOZ

Eu, _____,

portador(a) do CPF nº _____,

vinculado(a) à instituição _____,

participante das atividades da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), autorizo, de forma gratuita e por prazo indeterminado, a utilização da minha imagem, voz e materiais técnico-científicos produzidos ou apresentados no âmbito da Rede.

A presente autorização compreende a captação, reprodução, edição, publicação e divulgação de fotografias, gravações de áudio e vídeo, apresentações, palestras, entrevistas, reuniões, eventos, webinários e demais atividades da Ripsa, bem como **de materiais técnico-científicos produzidos ou apresentados no âmbito da Rede**, incluindo apresentações em slides, documentos técnicos, relatórios, estudos, artigos, notas técnicas, infográficos e conteúdos audiovisuais, **observados os direitos da instituição representada, de eventuais coautores e de terceiros** e assegurada a devida atribuição de autoria.

Os materiais autorizados poderão ser utilizados para fins institucionais, educacionais, científicos e de divulgação da Ripsa, em meios físicos ou digitais, sem que disso decorra qualquer vínculo empregatício, remuneração ou compensação financeira. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e firmo o presente Termo de Autorização para os devidos fins. Eventuais solicitações relacionadas à utilização da imagem e voz e ao exercício dos direitos do titular poderão ser encaminhadas por meio do e-mail: ripsa@saude.gov.br.

_____

Assinatura do representante da instituição

_____, ___/___/_____

Local e data