



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**  
**NÚCLEO DE TELESSAÚDE**



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ**

Pelo presente termo particular de autorização de uso de imagem e voz eu,

---

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Identidade nº. \_\_\_\_\_ CPF nº. \_\_\_\_\_ Residente e domiciliado na

---

Autorizo gratuita e exclusivamente, a fotografar ou filmar todo ou parte, do meu corpo, podendo o autorizado, divulgar e distribuir tais conteúdos para reuniões científicas e de discussão de casos clínicos, cujo único foco seja o didático-científico. Minha participação consistirá em permitir a minha imagem.

Fui informado pela equipe responsável, de que minha participação será sigilosa e em todos os momentos em que as imagens forem utilizadas minha identidade será preservada. Ao autorizar a divulgação de minha imagem, estarei contribuindo com o crescimento acadêmico dos profissionais de saúde.

Estou informado de que a qualquer momento posso retirar o meu consentimento para a utilização das imagens, e minha recusa não trará nenhum prejuízo em relação ao atendimento recebido.

Receberei uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da equipe responsável, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e minha participação, agora ou a qualquer momento.

São Luís (MA), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Participante ou responsável legal

Testemunhas

1- Nome \_\_\_\_\_ RG n° \_\_\_\_\_

1- Nome \_\_\_\_\_ RG n° \_\_\_\_\_

Profissional responsável:

End:

Telefone: