**17º CBMFC**

**FORTALEZA-CE**

**“Estratégia saúde da família: agora mais do que nunca!”**

**MOSTRA ARTÍSTICA CULTURA CURA**

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

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador da Cédula de identidade RG nº.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente à Av./Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AUTORIZO o uso de minha imagem e voz em todo e qualquer material produzido, seja imagens de vídeo, fotos e documentos, para utilização na **“MOSTRA ARTÍSTICA CULTURAL CURA”** e também nas peças de comunicação que serão veiculada nos canais de comunicação da SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - SBMFC, associação sem finalidades lucrativas inscrita no CNPJ sob o nº 30.190.219/0001-61.

A presente autorização é concedida a título gratuito e abrange o uso de minha imagem e/ou voz em quaisquer ações promovidas pela SBMFC sem finalidades comerciais.

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/ou voz ou a qualquer outro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura) -

ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

Nome:

Telefone p/ contato:

### TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

**17º CBMFC**

**FORTALEZA-CE**

**“Estratégia saúde da família: agora mais do que nunca!”**

**MOSTRA ARTÍSTICA CULTURA CURA**

**TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS**

Pelo presente Termo de Cessão de Direitos Autorais e tendo em vista o disposto na Lei Federal nº 9.610, de 19/12/1998, eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a transferência dos direitos autorais do material de minha autoria enviado via plataforma do 17º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, o qual tem como objetivo a compor a MOSTRA CULTURAL CURA, conforme descrição abaixo:

DESCREVER MATERIAL / INDICAR PROTOCOLO OU CÓDIGO DE RECEBIMENTO / CATEGORIZAÇÃO.

A partir desta a SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, entidade promotora do evento supracitado, está isenta de quaisquer ônus acerca do material por mim submetido, podendo divulgá-lo, a seu critério, em seus canais de comunicação e em produções científicas e/ou institucionais.

Declaro e assumo a integral responsabilidade patrimonial e extrapatrimonial eventualmente oriunda do material por mim submetido, dando à SBMFC ciência de que:

a) A material acima referenciado é de minha legítima e exclusiva autoria e não viola e não infringe qualquer direito autoral existente, pelo qual me responsabilizo totalmente;

b) Autorizo a publicação do material acima referenciado nas versões impressa e eletrônica nos materiais relacionados ao 17º CBMFC, e concedo plenos direitos para reprodução, divulgação, tiragem, formato e o que for necessário para que a publicação seja efetivada.

c) A presente cessão se dá de forma gratuita;

d) A presente cessão se dá em caráter definitivo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura) -