



SOBEST

associação brasileira de estomaterapia

Estomias
Feridas
Incontinências

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____

_____ RG nº _____ **AUTORIZO** o uso de

minha imagem em todo e qualquer material entre fotos, documentos e outros meios de comunicação, para ser utilizada em campanhas institucionais da Associação Brasileira de Estomaterapia- SOBEST, com sede na Rua Antônio de Godoi, n 35, Sala 102, inscrita no CNPJ sob o 67.832.063/0001-85, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral e/ou apenas para uso interno desta instituição.

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, em destaque, das seguintes formas: out-door, folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo), folder de apresentação, anúncios em revistas e jornais em geral, home page, cartazes, mídia eletrônica (painéis, vídeo-tapes, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros).

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 assino a presente autorização em 02 (dias) vias de igual teor e forma.

_____, ____ de _____, de 20__.

Nome completo e Assinatura