



Ministério da Saúde

FIUCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

---

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

---

Pelo presente instrumento, eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) menor \_\_\_\_\_, autorizo, de forma irrevogável e irretroatável, a Coordenadoria de Comunicação Social da Fundação Oswaldo Cruz, entidade pública criada e mantida pela União Federal, na forma da Lei nº 5.019/66 e do Decreto nº 66.624/70, com Estatuto aprovado pelo Decreto nº 8.932/16, integrante da Administração Pública Federal Indireta e vinculada ao Ministério da Saúde, "ex vi" da Lei nº 7.596/87 e do Decreto nº 8.932/2016, sediada na Av. Brasil nº 4.365, Manguinhos, nesta cidade do Rio de Janeiro - RJ, inscrita no CNPJ sob o nº 33.781.055/0001-35, doravante denominada simplesmente "Fiocruz", a utilizar imagem e som de voz, fixados nesta data, na íntegra ou em partes, para os específicos fins educativos, técnicos, culturais e de divulgação científica, nas atividades de difusão, exibição, veiculação e campanhas institucionais da Fiocruz, em todo território nacional e no exterior, através de qualquer meio, inclusive, mas não limitado a, cópias de vídeo e DVD, internet, televisão em canal aberto, canais por assinatura e via satélites, emissoras de rádio, inclusive a inserção em banco de imagens da instituição. A presente autorização é concedida gratuitamente, sem quaisquer ônus para a Fiocruz, conforme definido acima.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Nome do Responsável \_\_\_\_\_

Grau de parentesco \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Nome completo do menor \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_