

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM**

(Este documento serve única e exclusivamente ao fotógrafo, a título de garantia de direitos.

Ele deve ser preenchido e assinado pela pessoa fotografada, e guardada pelo autor da  
imagem)

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº  
\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,  
residente à (endereço) \_\_\_\_\_, e-  
mail: \_\_\_\_\_, Celular: \_\_\_\_\_,  
conforme determina a Lei nº 9610/98, dos Direitos Autorais, cedo à/ao fotógrafa(o)  
\_\_\_\_\_, de forma total e definitiva, todos os  
direitos patrimoniais de minha imagem e da imagem de minha/meu filha/filho (nome da  
criança) \_\_\_\_\_.

O(A) fotógrafo(a) poderá, assim, inscrever a obra fotográfica com minha imagem e a imagem de  
minha/meu filha/filho no **II CONCURSO DE FOTOGRAFIA SOBRE A AMAMENTAÇÃO – ANO 2019  
DA SECRETARIA DE SAÚDE DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONDE/PB, que por sua vez  
poderá publicá-la** em todo e qualquer material, documentos e meios de comunicação, para  
serem usadas em campanhas promocionais e institucionais da Secretaria e da Prefeitura de  
Conde/PB.

A presente autorização é feita em caráter não oneroso e sem ônus de qualquer espécie.

Conde, \_\_\_\_\_ de agosto de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da fotografada