



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Eu, \_\_\_\_\_, levando em consideração o direito fundamental à inviolabilidade da imagem, previsto na Constituição Federal; o Artigo 20 do Código Civil Brasileiro; a Lei Federal nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD); que este TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ foi elaborado em conformidade com a referida Lei, que em seu artigo 5º, inciso XII, dispõe que este Termo viabiliza a manifestação livre, informada e inequívoca, pela qual o titular/responsável autoriza o tratamento de seus dados pessoais; a Resolução CFO-196, de 29 de janeiro de 2019; que a imagem é um dado pessoal, do gênero de dados biométricos que se trata de uma única e exclusiva pessoa, tornando-a identificável e que a voz permite identificar, direta ou indiretamente, um indivíduo; respeitando à minha privacidade, intimidade e liberdade, autorizo que o Dr. \_\_\_\_\_, faça fotografias e/ou vídeos sobre o meu caso clínico, nos moldes do artigo 7º, I, da LGPD, englobando discussão diagnóstica e de conduta para fins científicos e permito que as imagens de meus exames complementares, como radiografias, tomografias computadorizadas, entre outros, sejam utilizadas em redes sociais e/ou cursos em plataformas online.

Ademais, consinto que as imagens relativas ao diagnóstico e à conclusão dos tratamentos odontológicos poderão ser divulgadas, bem como, que sejam fotografados autorretratos (selfies) com a minha presença.

Estou ciente de que a minha imagem e voz serão utilizadas apenas para os fins de cunho científico, educativo, informativo ou de orientação, não gerando nenhum ganho financeiro quando da autorização do compartilhamento e que meu consentimento pode ser revogado a qualquer momento, mediante solicitação.

Por esta ser a expressão da minha vontade, nada reclamarei a título de direitos conexos à minha imagem e áudio.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular/responsável

CPF nº