



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Neste ato, eu, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador da cédula de identidade RG nº, _____, inscrito no CPF sob nº _____, residente à _____, AUTORIZO o uso de minha imagem para ser utilizada em qualquer material de Comunicação do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), com sede no Edifício Parque Cidade Corporate, 1º ao 3º pavimentos, Bloco "C", situado no Setor Comercial Sul – SCS, Quadra 09, Lote "C", Asa Sul, Brasília/DF, CEP 70308-200. O material poderá ser divulgado pela empresa em qualquer dos seus meios, incluindo as redes sociais (youtube, facebook, instagram, twitter, flickr, entre outros), tanto pela sede, quanto pelas suas filiais, em qualquer tempo ou ocasião, em todo território nacional e no exterior sem nenhum tipo de ônus para a empresa, filiais ou parceiros, já que a presente autorização é concedida a título de gratuidade. Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito, sem que nada haja a ser reclamado como direitos conexos à minha imagem ou qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Maceió, ____ de _____ de _____

(assinatura)