

**SUBSTITUIR O CABEÇALHO PELO DA INSTITUIÇÃO QUE  
CEDERÁ OS DADOS PARA A PESQUISA**  
(apagar essa orientação antes da impressão do documento)

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores (**especificar nome de todos os pesquisadores envolvidos na pesquisa inclusive do pesquisador responsável orientador**) do projeto de pesquisa intitulado “(**especificar título do projeto**)” a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Cidade/UF, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

---

Entrevistado

---

Responsável Legal CPF e IDT (Caso o entrevistado seja menor - incapaz)

---

Pesquisador responsável pela entrevista