

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Pelo presente instrumento particular, eu, **Nome Completo do Paciente:**

Nacionalidade: _____ **Estado**
Civil: _____ **Profissão:**

CPF:

RG:

Órgão **Emissor/UF:**

Endereço: _____

Cidade: _____ **Estado:** _____
CEP: _____

Telefone: (____) _____ **E-mail:**

doravante denominado(a) **AUTORIZANTE**, autorizo a: **Nome da Clínica / Consultório:**

_ CNPJ/CPF (do profissional autônomo): _____

CRO: _____ **Endereço:**

Cidade:

Estado: _____ **CEP:**

doravante denominada **AUTORIZADA**, a utilizar minha imagem, exclusivamente para fins de marketing e divulgação do trabalho profissional da Autorizada, nos termos e condições a seguir:

1. OBJETO DA AUTORIZAÇÃO: O presente Termo autoriza o uso da minha imagem, capturada por meio de fotografias e/ou vídeos, incluindo especificamente imagens do tipo "Antes x Depois" de procedimentos odontológicos realizados pela Autorizada. As imagens podem incluir, mas não se limitam a minha boca, face e sorriso, total ou parcialmente.

2. FINALIDADE E MEIOS DE DIVULGAÇÃO: As imagens autorizadas poderão ser utilizadas pela AUTORIZADA para as seguintes finalidades, não exclusivas:

- Divulgação em mídias sociais (ex: Instagram, Facebook, TikTok, YouTube);
- Publicação no website e/ou blog da clínica/profissional;

- Utilização em materiais impressos (panfletos, revistas, cartazes);
- Apresentações (palestras, aulas, congressos, seminários);
- Conteúdo educativo e informativo relacionado à odontologia.

3. CARÁTER ÉTICO E SIGILO: Fica expressamente acordado que a utilização das imagens será realizada de forma ética, profissional e em conformidade com as normas do Código de Ética Odontológica e as resoluções do Conselho Federal de Odontologia (CFO), bem como as demais legislações aplicáveis, como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). As imagens serão utilizadas de forma a preservar minha identidade, não sendo divulgado meu nome completo, CPF, endereço ou qualquer outra informação pessoal que possa me identificar diretamente, a menos que haja uma autorização adicional e específica para tal.

4. PROPRIEDADE E REMUNERAÇÃO: Declaro ter plena ciência de que as imagens capturadas são de propriedade da AUTORIZADA para os fins especificados neste Termo. Declaro, ainda, que a presente autorização de uso de imagem é concedida de forma gratuita, livre e espontânea, sem que me seja devida qualquer remuneração, indenização ou compensação, seja a que título for, pela utilização das imagens.

5. PRAZO DA AUTORIZAÇÃO: Esta autorização é concedida por prazo indeterminado, vigorando a partir da data de sua assinatura.

6. REVOGAÇÃO: Entendo que tenho o direito de revogar esta autorização a qualquer tempo, mediante notificação por escrito à AUTORIZADA, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. A revogação será válida para o uso futuro das imagens, não afetando o material que já tenha sido veiculado ou distribuído antes da data da notificação de revogação.

7. DECLARAÇÕES FINAIS: Declaro que li e compreendi integralmente todos os termos e condições deste instrumento, e que a concessão desta autorização é de minha livre e espontânea vontade, sem qualquer vício de consentimento.

Por ser a expressão da minha vontade, assino o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

_____, _____ de
_____ de _____. *(Local e Data)*

AUTORIZANTE (Paciente) CPF:

Assinatura do Representante Legal (em caso de paciente menor de 18 anos ou legalmente incapaz):

Nome Completo do Representante Legal:

_____ **CPF:**

_____ **RG:**

_____ **Parentesco/Relação:**

Representante Legal

CPF: _____

AUTORIZADA (Nome - Responsável Técnico pela Clínica/Profissional),
CRO: _____

Testemunhas:

1. **Nome:**

CPF: _____

Assinatura: _____

2. **Nome:**

_____ **CPF:** _____ **Assinatura:** _____

OBSERVAÇÕES EXCLUSIVAS PARA OS DENTISTAS:

- **Leitura e Esclarecimento:** Certifique-se de que o paciente leia o documento com atenção e tire todas as suas dúvidas antes de assinar.
- **Cópias:** Entregue uma via assinada ao paciente e guarde uma via original na ficha do paciente.
- **Revisão Legal:** **É altamente recomendável que este modelo seja revisado por um advogado especializado em direito médico/odontológico** para garantir sua validade e adequação às leis vigentes, incluindo a LGPD e as normativas do CFO/CRO. As regras sobre publicidade na odontologia são rigorosas, e um termo bem elaborado é essencial para sua segurança jurídica.
- **Menores de Idade:** Para pacientes menores de 18 anos ou legalmente incapazes, a autorização deve ser obrigatoriamente assinada pelos pais ou responsável legal.