

A U T O R I Z A Ç Ã O

Eu, _____
Brasileiro(a), portador(a) do RG nº _____ e inscrito(a) no
CPF sob o nº _____, residente
e domiciliado(a) à _____,
nesta cidade e comarca _____, firmo a
presente para AUTORIZAR o(a) Dr(a). _____
_____ CRO _____ ou quem
legalmente o(a) representar, a utilizar, expor ou publicar minha imagem
(sejam elas digitalizadas ou impressas) para fins comerciais ou
didáticos, gratuitamente e sem qualquer tipo de contraprestação
conforme me permite o artigo 20 do Código Civil de 2002.

Local _____ Data _____

Assinatura do Dr(a).

Assinatura de quem está autorizando a divulgação

Assinatura testemunha: