



Programa Educacional de
Vigilância em Saúde
nas Fronteiras

VigiFronteiras-Brasil

TERMO DE CESSÃO DE USO DE VOZ E IMAGEM

Eu, _____
_____, _____(nacionalidade), portador(a) da Cédula de
Identidade nº _____, inscrito(a) no CPF/MF sob
nº _____, AUTORIZO o uso de minha imagem e voz, em fotos,
vídeos, conteúdo de áudio e escrito referentes às web conferências dos cursos de doutorado
acadêmico e profissional ofertados no âmbito do Programa Educacional Vigilância em Saúde nas
Fronteiras – VigiFronteiras-Brasil, realizados por meio de um consórcio de Programas de Pós-
graduação *Stricto Sensu* da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a fim de que sejam publicados nos
veículos de comunicação institucional para divulgação ao público em geral e parceiros e/ou uso
interno da Fiocruz desde que de forma não lucrativa, e que não haja desvirtuamento da sua
finalidade.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e voz acima
mencionados em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em
destaque, das seguintes formas:

Vídeo aula, revistas, site/blog e canais de Redes Sociais institucionais (YouTube, Facebook,
LinkedIn, Twitter e Instagram).

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que
nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e
assino a presente autorização em 01 (uma) via de igual teor e forma.

_____, ____ de _____ de 2025
Local e data

Assinatura