

Termo de autorização de uso de imagem

Data: ____/____/____

QUEM AUTORIZA

Nome completo _____ CPF _____
Telefone _____ E-mail _____

QUEM VAI USAR

Nome do salão / clínica _____ CNPJ ou CPF _____

O QUE É AUTORIZADO

Autorizo, de forma gratuita, o uso das imagens (fotos e vídeos) feitas durante e depois do(s) atendimento(s) abaixo, para divulgação do trabalho do estabelecimento:

Serviço(s) / procedimento(s) _____

Onde ☐ Instagram e redes sociais ☐ Site e WhatsApp ☐ Material impresso

Identificação ☐ Pode mostrar o rosto ☐ Sem mostrar o rosto ☐ Pode citar o meu nome ou @

Prazo ☐ Por tempo indeterminado ☐ Por ____ meses

CONDIÇÕES

1. As imagens não serão usadas de forma que prejudique a minha honra, a minha imagem ou a minha intimidade, nem vendidas a terceiros.
2. Posso cancelar esta autorização a qualquer momento, por escrito. A partir do pedido, o estabelecimento deixa de fazer novas publicações e retira as existentes das suas redes em até ____ dias.
3. Meus dados pessoais serão tratados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), apenas para esta finalidade.

Assinatura de quem autoriza

Assinatura do estabelecimento

Se a pessoa for menor de idade, assinatura do responsável legal: _____ CPF: _____
