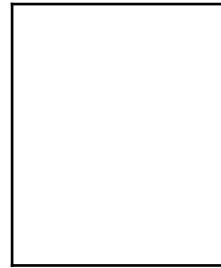


TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E/OU DEPOIMENTOS

Eu (**nome do participante**), CPF **XXX.XXX.XXX-XX** RG **XXX.XXX.XXX.-XX**, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e/ou desconfortos 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 (**nome de todos os pesquisadores envolvidos na pesquisa**) do projeto de pesquisa intitulado (**especificar título do projeto**) a realizar as fotos 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 (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), das pessoas com deficiência (Decreto N° 3.298/1999, alterado pelo Decreto N° 5.296/2004), e à regulamentação da pesquisa com seres humanos (Resolução CNS 466/12).

Vitória da Conquista - Bahia, ____ de _____ de _____.



Impressão Datiloscópica

Assinatura do Participante

NOME

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

TEL.

E-MAIL

NOME

PESQUISADOR
ASSISTENTE/PARTICIPANTE

TEL.

E-MAIL

ATENÇÃO: os pesquisadores deverão assinar nos espaços indicados e rubricar nas demais folhas.