

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO ORAL DE MENORES DE IDADE

Eu, [COLOCAR NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL DO MENOR PARTICIPANTE DA PESQUISA], portador/a do CPF número [COLOCAR NÚMERO DO CPF], RG número [COLOCAR NÚMERO DO RG] SSP/[COLOCAR Estado do RG], responsável legal pelo(a) menor [COLOCAR NOME COMPLETO DO MENOR DE IDADE], portador do RG número [COLOCAR NÚMERO DO RG] SSP/[COLOCAR Estado do RG], após compreender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, conforme detalhado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, por meio deste termo, o/a(s) pesquisador(es/as) [ESPECIFICAR NOME DE TODOS OS PESQUISADORES ENVOLVIDOS] do projeto de pesquisa intitulado “[ESPECIFICAR TÍTULO DO PROJETO]”, cujo resumo foi apresentado para orientar meu consentimento, a realizar as fotografias, áudios e/ou vídeos que sejam necessários e/ou a coletar meu depoimento sem que isso acarrete ônus financeiros para nenhuma das partes.

Além disso, AUTORIZO a utilização dessas fotografias, áudios e/ou vídeos (bem como seus respectivos negativos ou cópias) e/ou depoimentos para fins científicos e estudos (incluindo, mas não se limitando a livros, artigos, slides e transparências), em favor do/a (s) pesquisador/a(es/as) da pesquisa, conforme especificado anteriormente.

Adicionalmente, fica AUTORIZADA de livre e espontânea vontade, em conformidade com as disposições das leis que protegem os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei nº. 8069/1990), para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens e depoimentos do(a) menor supracitado(a), sem que haja qualquer tipo de remuneração.

Local, Data (dia, mês e ano)

Nome completo do/a pesquisador/a responsável pela pesquisa (pode ser aceita a assinatura eletrônica pelo portal sougov.br)

Nome completo do/a responsável legal do menor (pode ser aceita a assinatura eletrônica pelo portal sougov.br)