

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO ORAL

Eu, [COLOCAR NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA], portador/a do CPF número [COLOCAR NÚMERO DO CPF], 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, áudio 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.

Ao assinar esta autorização, concedo, de forma gratuita, todos os direitos autorais decorrentes dos depoimentos, artigos e entrevistas fornecidos por mim, renunciando ao direito de reivindicar qualquer direito relacionado à minha imagem e/ou voz, bem como qualquer outro direito decorrente dos direitos protegidos pela Lei nº. 9.160/1998 (Lei dos Direitos Autorais).

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 (pode ser aceita a assinatura eletrônica pelo portal sougov.br)