# ANEXO 1

**LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM SAÚDE PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE**

[www.apsredes.org/saudebucal](about:blank)

**ANEXO I**

**TERMO DE COMPROMISSO E DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (nome do responsáve pela experiência), CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, na condição de representante da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome da experiência), realizada no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (órgão ou instituição onde a experiência se desenvolve) estar ciente e concordar com todos os termos do edital do “**LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM SAÚDE PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE**”, com publicações técnicas, disseminação de informações por meio dos canais de comunicação das entidades participantes e discussão da experiência por nós apresentada e, ainda, com o compromisso de apresentar todos os esclarecimentos e dados solicitados pela comissão.

Pelo presente cedo, à Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), os direitos de reprodução da minha imagem, retrato e/ou voz, quer sejam registrados em áudio, vídeo e/ou fotografia, produzidas no âmbito da experiência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome da experiência). Reconheço que faço a cessão destes direitos de forma permanente sem esperar em troca pagamento nem retribuição.

Informo também, que a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (órgão ou instituição onde a experiência se desenvolveu) está ciente e concorda com a inscrição da experiência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no **LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM SAÚDE PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE**.

Entendo que, com a assinatura desta autorização, os registros fotográficos e/ou as gravações de vídeo em que aparece a minha imagem podem ser divulgados e/ou reproduzidos eletronicamente pela internet ou no meio educacional, o que inclui, entre outros meios, vídeos internacionais.

Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cidade, estado)

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (dia, mês e ano)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela experiência