**Autorização de reprodução de imagem fotográfica, áudio e/ou vídeo**

Por meio deste documento, eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, atuando como representante de (nome da criança) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) a reproduzir a imagem, o retrato e/ou a voz de (nome da criança), sejam eles registrados em áudio, vídeo e/ou fotografia.

Reconheço que esta autorização não implica nenhum pagamento ou contrapartida, incluindo royalties ou outra compensação resultante ou relacionada ao uso de sua imagem, retrato e/ou voz.

Estou ciente de que a imagem de (nome da criança) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pode ser editada, copiada, exibida, publicada ou distribuída sem que eu tenha o direito de avaliar ou autorizar a reprodução do produto final em que apareçam sua imagem, retrato e/ou voz.

Entendo que, ao assinar esta autorização, os registros fotográficos e/ou as gravações de vídeo em que a imagem e/ou a voz de (nome da criança) apareçam poderão ser divulgados e/ou reproduzidos por diversos meios, inclusive eletrônicos.

Esta autorização não tem prazo de validade nem se restringe a qualquer limite geográfico quanto à distribuição e/ou reprodução dos materiais referidos.

Ao assinar esta autorização, reconheço que a li e a compreendi plenamente e, ciente das repercussões legais, concordo em cumpri-la.

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_