



ANEXO I
PRÊMIO JOVEM GASTRO 2022

TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM PALESTRANTE E DIVULGAÇÃO DE TRABALHO

Pelo presente instrumento eu,

(nome completo)

brasileiro(a), médico(a), palestrante do SBAD – Semana Brasileira do Aparelho Digestivo Virtual, portador do CRM n. _____, inscrito(a) no CPF sob o número _____, doravante denominado(a) CEDENTE, outorgo o seguinte Termo, conforme o que se segue:

O (A) CEDENTE autoriza a captação, fixação, edição e utilização das suas imagem e voz, bem como do conteúdo da apresentação realizada no evento, para serem inseridos e utilizados nos meios de comunicação da Federação Brasileira de Gastroenterologia – FBG/ FEDERADA e para a veiculação na rede mundial de computadores, podendo, ainda, gravar, editar, reproduzir e difundir, por intermédio de quaisquer meios de comunicação e mídia e todos os materiais institucionais produzidos pela FBG/FEDERADA com as imagens e os sons captados por ocasião do evento supracitado, especificamente, mas não limitados, os sons e as imagens internas, externas, entrevistas, palestras e plateia.

O (A) CEDENTE declara, em caráter irrevogável e irretratável, que o presente Termo é firmado sem qualquer restrição de prazo, a título gratuito, pelo que pagamento algum será devido pela FBG/FEDERADA ao (à) CEDENTE, ou a terceiro, ainda que preposto ou herdeiro, a qualquer tempo e título, em face do que estabelece este Termo.

O (A) CEDENTE e a FBG/FEDERADAS elegem o foro da Circunscrição Judiciária de _____, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para discutir qualquer controvérsia que não seja possível solucionar amigavelmente.

A FBG/FEDERADAS se compromete a não utilizar as imagens e sons captados fora das condições estabelecidas neste Termo, limitando sua responsabilidade a elas. E por estarem justos e acertados, firmam o presente TERMO DE AUTORIZAÇÃO para que surtam imediatamente os seus efeitos jurídicos.

Local e data

NOME e ASSINATURA DO (DA) CEDENTE

NOME e ASSINATURA REPRESENTANTE FBG/FEDERADA

Endereço/ e-mail

TESTEMUNHA

NOME/ CPF