

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM, VOZ E NOME

Neste ato,

<b>Nome:</b>			
<b>Nacionalidade:</b>	<b>Estado Civil: Profissão:</b>		
<b>RG/Orgão Expedidor:</b>	<b>CPF:</b>		
<b>Endereço:</b>			
<b>CEP:</b>	<b>Cidade: Estado:</b>		

responsável pelo menor \_\_\_\_\_, **A U T O R I Z O**, como de fato AUTORIZADO ESTÁ, a título gratuito, o uso e a reprodução da imagem, do som da voz e do nome do mesmo, notadamente à **Comunidade Católica Shalom**, organização religiosa, inscrita no CNPJ sob o no 07.044.456/0001-00, com sede à Rua Maria Tomásia, n o72, Aldeota, CEP: 60.150-170, Fortaleza/CE, ou a quem este expressamente autorizar, para que sejam Expostos e Divulgados em qualquer Veículo de Comunicação, inclusive redes sociais, em Publicidades, Campanhas Institucionais, Eventos, Vídeos, Fotos, CDs e DVDs, Tótems, Adesivos, impressos em geral, Livros, Revistas e Cartazes, Jogos, Brinquedos e Passatempos de cunho religioso, artigos e acessórios do Vestuário, Sacolas, Mochilas e Bolsas, inclusive em seu site e na Internet, pelo prazo de **03 (três) anos**, a contar da assinatura do termo, tanto para o Brasil como para outros países.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito da imagem, voz e nome do menor, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à sua imagem ou a qualquer outro. A presente DECLARAÇÃO vem assinada pelas testemunhas abaixo, que a tudo assistiram e para que produza seus legais efeitos.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
**(Nome Completo)**

**CPF:**

### TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_  
**Nome:**

**CPF:**

\_\_\_\_\_  
**Nome:**

**CPF:**

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei no 8.069/1990, eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), pai, mãe ou responsável (nacionalidade) \_\_\_\_\_, (estado civil) \_\_\_\_\_, profissão, \_\_\_\_\_ inscrito(a) no CPF sob o no \_\_\_\_\_ e no RG no \_\_\_\_\_ residente e domiciliado(a) à \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ - (UF) \_\_\_\_\_, por meio deste instrumento declaro e afirmo que a criança, adolescente ou pessoa vulnerável de nome \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o no \_\_\_\_\_ e no RG no \_\_\_\_\_,

( ) Está sob os cuidados dos animadores da Comunidade Católica Shalom durante o período em que estiver acontecendo o evento Acamps, dos dias 10 de julho de 2024 a 14 de julho de 2024.

( ) Autorizo a modalidade de alojamento disposta pelo Acamps. Tendo tomado conhecimento previamente acerca da estrutura e programação do mesmo. ( ) Autorizo aos cuidados da Comunidade Católica Shalom o traslado para o local do evento (partida e destino), nos seguintes dias 10 de julho de 2024 a 14 de julho de 2024. ( ) Autorizo o uso e tratamento de dados pessoais pela Comunidade Católica Shalom, controladora de dados perante a Lei Geral de Proteção de dados (Lei 13.709), para fins de realização de inscrição para participação do evento Acamp's, bem como para os organizadores dos grupos de oração formados após o evento.

( ) Autorizo o envio de informações e de promoções do evento "Acamps" e da Comunidade Católica Shalom.

Assumo ainda, toda a responsabilidade pela presente autorização e participação do menor.

Por ser verdade, subscrevo esta autorização, cuja validade expira por tempo indeterminado.

Goiânia- GO, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

**Assinatura (pai, mãe ou responsável)**