

Autorização de Fotos e Vídeos Estéticos

Autorização para fotografia antes/depois e uso em materiais de marketing

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Autorização de Fotos e Vídeos

Esta autorização permite à clínica tirar fotografias e/ou fazer vídeos seus antes, durante e após seu(s) tratamento(s). Essas imagens podem ser usadas para os fins selecionados abaixo.

Autorizo o uso de minhas fotos/vídeos para os seguintes fins: *

- ☐ Apenas documentação em prontuário médico
- ☐ Portfólio antes e depois (mostrado na clínica a potenciais pacientes)
- ☐ Site e contas de mídia social da clínica
- ☐ Publicidade paga e materiais promocionais
- ☐ Apresentações educacionais e treinamento
- ☐ Imprensa, mídia e publicações

Preferência de Anonimato nas Fotos *

- ☐ O rosto completo pode ser mostrado
- ☐ Os olhos devem estar obscurecidos/pretos
- ☐ Nenhum traço facial identificável deve ser mostrado

Termos e Condições

Termos desta Autorização:

- Entendo que as fotografias/vídeos permanecerão propriedade da clínica.
- Abro mão de qualquer direito de inspecionar ou aprovar as imagens finais ou o contexto em que são usadas.
- Entendo que não receberei compensação financeira pelo uso de minhas imagens.
- Posso revogar esta autorização a qualquer momento apresentando uma solicitação por escrito, mas a revogação não se aplicará às imagens já publicadas ou distribuídas.
- Meu nome não será associado a imagens publicadas, a menos que eu forneça consentimento escrito separado.
- Libero a clínica, sua equipe e todas as partes relacionadas de qualquer reivindicação decorrente do uso de minhas fotografias/vídeos conforme descrito acima.

Li e entendo os termos e condições desta autorização de fotos e vídeos.

Li e concordo com os termos acima: _____

Consentimento e Assinatura

Autorizo voluntariamente a clínica a me fotografar e/ou gravar e a usar essas imagens conforme descrito nesta autorização. Li este documento na íntegra e entendo seu conteúdo.

Confirmo que li e compreendi as informações acima e dou meu consentimento informado.

Li e entendo as informações acima: _____

Assinatura

Data

Nome completo

Data *

DD / MM / AAAA

Este formulário foi fornecido gratuitamente pela Consentify

O Consentify transforma formulários como este em consentimento digital que seus clientes assinam em seus próprios telefones por código QR — com PDFs automáticos, sinalizadores de contraindicações e armazenamento criptografado. Plano gratuito disponível em <https://getconsentify.com>.

Apenas um modelo. Revise com seu próprio profissional licenciado ou assessor jurídico antes de usar; os requisitos variam de acordo com a jurisdição e a prática.