



# UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO  
VIA DO CAFÉ, S/Nº - CIDADE UNIVERSITÁRIA - RIBEIRÃO PRETO - SP - 14049-903

## SEÇÃO DE APOIO INSTITUCIONAL

FONE: (16)3602.4182

### AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO E USO DE IMAGEM

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida por \_\_\_\_\_,  
responsável legal pelo(a) menor \_\_\_\_\_,  
portador(a) de cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida por \_\_\_\_\_,  
**autorizo** a *Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto*, da Universidade de São  
Paulo, a gravar, em vídeo e fotografia, o evento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, apresentado  
nesta data em suas dependências, e veicular a imagem e depoimentos do(a) menor supracitado(a),  
em qualquer meio de comunicação para fins didáticos, de pesquisa e divulgação de conhecimento  
científico, sem quaisquer ônus e restrições.

Fica ainda **autorizada**, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de  
direitos da veiculação das imagens e depoimentos do(a) menor supracitado(a), não recebendo para  
tanto qualquer tipo de remuneração.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CEDENTE