**Autorização de reprodução de imagem fotográfica**

Por meio deste documento, eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a utilizar, editar, publicar, reproduzir, distribuir e/ou licenciar a imagem denominada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de cujos direitos autorais sou titular (anexa).

Reconheço que esta autorização não implica nenhum pagamento ou contrapartida, incluindo royalties ou outra compensação resultante de seu uso.

Estou ciente de que esta imagem pode ser editada, copiada, exibida, publicada ou distribuída por vários meios, inclusive eletronicamente, sem que eu tenha o direito de avaliar ou autorizar a reprodução do produto final em que ela aparece.

Esta autorização não tem prazo de validade nem se restringe a qualquer limite geográfico quanto à distribuição e/ou reprodução da referida imagem. Certifico também que tenho o poder de conceder os direitos acima mencionados e que o exercício desses direitos não infringe os direitos de propriedade intelectual ou de imagem de terceiros.

Reconheço que li e compreendi plenamente esta autorização e, ciente das repercussões legais, concordo em cumpri-la.

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

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