



CRM-PA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DE IMAGEM

_____, _____, CRM/PA nº _____, **AUTORIZO** a divulgação de minha imagem pelo CRM/PA em seu *site*, conforme informações que me foram repassadas nesta oportunidade. Declaro estar ciente que tal divulgação é de extrema importância, em razão do grande número de falsos médicos que se encontram atuando no Estado, utilizando de forma indevida o nome e registro de profissionais devidamente cadastrados no CRM/PA.

Declaro, ainda, que me foi explicado que tal divulgação permitirá a identificação imediata do profissional registrado no Conselho, bem como do falso médico que porventura esteja utilizando meus dados cadastrais.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (dias) vias de igual teor e forma.

Belém (Pa) , _____ de _____ de _____.

MÉDICO – CRM/PA _____

NÃO AUTORIZO A DIVULGAÇÃO DE MINHA IMAGEM NO SITE DO CRM/PA, APESAR DAS EXPLICAÇÕES QUE ME FORAM REPASSADAS.

Belém (Pa), _____ de _____ de _____.

MÉDICO – CRM/PA _____