



**ANEXO VIII**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador da cédula de  
identidade RG n.º \_\_\_\_\_ inscrito no CPF sob n.º  
\_\_\_\_\_ de nacionalidade: \_\_\_\_\_  
residente à avenida/rua \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_,  
bairro \_\_\_\_\_, município \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, autorizo os  
seguintes termos:

**1. AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR**

O estudante identificado nesta ficha, por si ou por seu representante legal, AUTORIZA a realização de atendimento profissional multidisciplinar no âmbito educacional (Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Pedagogia).

**2. AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM/VOZ**

O estudante identificado nesta ficha, por si ou por seu representante legal, AUTORIZA ao IFRR, a utilizar de sua imagem e nome para fins exclusivos de divulgação de suas atividades, podendo reproduzi-los ou divulgá-los junto à rede de computadores (internet), jornais, revistas, mídias eletrônicas, folders e todos os meios de comunicação disponíveis, sejam eles públicos ou privados.

A presente autorização é concedida a título gratuito, sem que nada possa ser reclamado, a qualquer título.

Boa Vista-RR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai, mãe ou responsável legal (quando o candidato tiver idade inferior a 18 anos)