

### AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Pelo presente instrumento particular, de um lado, \_\_\_\_\_ (NOME), \_\_\_\_\_ (NACIONALIDADE), \_\_\_\_\_ (ESTADO CIVIL), \_\_\_\_\_ (PROFISSÃO), portador da Cédula de Identidade R.G. n.º \_\_\_\_\_, inscrita no CPF/MF n.º \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na Cidade de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, na Rua \_\_\_\_\_,

(doravante denominada "LICENCIANTE") e, de outro lado, **Notre Dame Intermédica Saúde S/A**, empresa com sede na Capital do Estado de São Paulo, na Av. Paulista, 867 – Bela Vista – São Paulo, inscrita no C.N.P.J./MF sob o n.º 44.649.812/0001-38, neste ato representada na forma do seu estatuto social (doravante denominada "LICENCIADA"), têm entre si justo e acertado o que segue:

1. - A **LICENCIANTE** autoriza a **LICENCIADA** a utilizar sua imagem em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizada indistintamente, de qualquer natureza, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral e/ou apenas para documentos internos e veículos de comunicação interna (TV Corporativa, Intranet, comunicados por e-mail mkt, murais, totens e outros meios) da **LICENCIADA**.

2. - A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem em todo o território nacional e no exterior, de qualquer forma, ou seja, em out-door, folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.), folder de apresentação, anúncios em revistas e jornais em geral, home page, cartazes, back-light, mídia eletrônica, redes sociais, etc.

3. - A **LICENCIANTE** declara que a presente cessão é a expressão de sua vontade e que autoriza o uso acima descrito pela **LICENCIADA** e/ou pelas empresas coligadas ou pertencentes ao mesmo grupo econômico, sem que nada haja a ser reclamado, a qualquer título ou pretexto, incluindo direitos conexos à imagem da **LICENCIANTE**.

4. - A presente cessão é feita por prazo indeterminado e tem caráter definitivo, sendo celebrada de forma irrevogável e irretratável.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018.

\_\_\_\_\_  
**Nome**  
Licenciante

\_\_\_\_\_  
**NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A**  
Licenciada

Testemunhas:

1. \_\_\_\_\_

Nome:

RG:

CPF:

2. \_\_\_\_\_

Nome:

RG:

CPF: