



## **TERMO DE CONSENTIMENTO SOCIEDADE BRASILEIRA CIRURGIA PLÁSTICA**

**Eu,  
RG:  
CPF:**

Por este termo autorizo o **Dr Victor Albuquerque T. Silva CRM: 8623** e todos os demais profissionais vinculados a minha assistência que integram a sua equipe, a realizar o (s) procedimento (s) abaixo, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

### **Procedimento(s):**

O(s) procedimento (s) autorizado(s) me foram explicado pelo médico designado através de consultas e orientações pré-operatórias. Os esclarecimentos foram suficientes para entender e aceitar ser submetido(a) ao (s) presente(s) tratamento(s) de forma consciente e espontânea assim como, aceito o fato de que sempre haverá risco de vida, de intercorrências, de revisões, reparações e/ou cirurgias adicionais ou procedimentos complementares, complicações anestésicas e cirúrgicas em qualquer procedimento médico, independentemente de sua extensão e/ou gravidade.

### **Os seguintes pontos me foram especificamente esclarecidos:**

1. Como resultado da cirurgia existirá uma cicatriz que será permanente. Todos os esforços serão para diminuir e/ou encobrir a cicatriz de forma a torná-la menos evidente possível. O resultado final de uma cicatriz dependerá de vários fatores, como por exemplo, dos cuidados locais empregados no período pós-operatório, fatores individuais de cicatrização do(a) paciente, das condições patológicas associadas (diabete, infecções, anemias, alergias, carência de certas vitaminas/proteínas etc.), hábitos sociais (tabagismo, etilismo, sedentarismo, exposição solar precoce e prolongada, etc.), predisposição genética (quelóides, cicatrizes hipertróficas), reações a fios cirúrgicos, uso de determinados medicamentos (AAS, corticóides etc.), fatores locais (espessura e qualidade da pele), dentre outros. A cicatrização excessiva (hipertrófica ou quelóides) é incomum. No entanto, em raros casos, cicatrizes anormais (quelóides) podem se desenvolver. Os quelóides são de difícil tratamento. Pessoas de pele negra e de descendência oriental tem uma chance maior de desenvolverem uma cicatriz tipo quelóide do que indivíduos de pele branca, além de pessoas com história familiar e prévia de quelóides. Nestes casos, tratamentos adicionais podem ser necessários.



2. Poderá haver inchaço na área operada, manchas (hematomas e equimoses), descoloração ou pigmentação da pele que, eventualmente poderá permanecer por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente será permanente.
3. Poderá ocorrer infecções em qualquer cirurgia de qualquer porte e elas podem evoluir desde pequenas infecções a outras maiores com sepse etc. Incluindo a presença de germes multirresistente aos antibióticos comuns. Em caso de infecções associadas a mamoplastias com implantes mamários pode ser necessário a retirada do implante e aguarda 3-6 meses para nova colocação de novos implantes.
4. Poderá haver necessidade de uso de drenos no pós-operatório. Eventualmente, líquidos, sangue e ou secreções podem ser acumulados nas áreas operatórias requerendo drenagens e/ou punções, além de curativos ou outros procedimentos cirúrgicos.
5. Poderá haver áreas cutâneas, em maior ou menor extensão, com perda de vitalidade biológica por redução na vascularização sanguínea, acarretando alterações na pele (necrose de pele e deiscências), que poderão ser reparadas mediante curativos seriados ou novas cirurgias, muitas vezes com resultados apenas paliativos.
6. Poderá haver áreas de perda de sensibilidade nas partes operadas, tais alterações poderão ser parciais ou totais por um período indeterminado de tempo e, embora mais raramente, permanentes.
7. Poderá ocorrer dano nervoso diverso incluindo secções, com consequente paralisia em diversos graus por um período indeterminado de tempo e, embora mais raramente, permanentemente.
8. Poderá existir dor pós-operatória em maior ou menor intensidade, que varia de acordo com o indivíduo e sua aceitação a dor, por um período determinado de tempo e, embora mais raramente, de forma permanente em forma de dor crônica.
9. Toda e qualquer cirurgia plástica poderá necessitar de cirurgias complementares de maior ou menor porte, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos. Uma vez que a evolução intra e pós-operatória na cirurgia plástica é como em qualquer outra especialidade médica de maneira IMPREVISÍVEL. Deve também ficar registrado e esclarecido que as eventuais revisões operatórias, se necessárias, poderão ser cobrados pelo cirurgião a seu critério ou de sua equipe, quando realizados de acordo com a



avaliação criteriosa e na observância dos fatores técnicos e em tempo adequados. **Caberá ao paciente, no entanto, arcar SEMPRE com as despesas hospitalares e do anestesista e de outras equipes ou materiais/ instrumentos/ próteses, necessárias a seu cuidado.**

10. Fui orientada que meus resultados cirúrgicos podem mudar com o decorrer dos anos, a depender de vários fatores como genética, tipo de pele e flacidez intrínseca da mesma, ganho ou perda de peso, gestações, envelhecimento, tabagismo e drogas e estilo de vida e atividades físicas. Podendo ocorrer alterações nas áreas operadas em maior ou menor grau. **SENDO ASSIM, ESTOU CIENTE QUE MEUS RESULTADOS NÃO SÃO DEFINITIVOS E QUE IRÃO VARIAR EM MAIOR OU MENOR GRAU COM O TEMPO.**

11. Para o caso específico de prótese de silicone o volume a ser utilizado no meu procedimento foi discutido no consultório e eu como paciente participei da escolha do tamanho, discuti marcas e opções de volumes, formatos e perfis das próteses e deixo autorizado o cirurgião utilizar os implantes com faixa de volumes combinadas em consultório, podendo em raros casos, modificar no ato intra-operatório por situações imprevisíveis. **Por isso, eventuais insatisfações de tamanho do implante e desejo de troca dos mesmos não são considerados retoques ou correções e sim novo procedimento com incidência de honorários de equipes médicas e hospitalares/próteses.**

Além disso, sobre materiais sintéticos estou ciente que poderá haver rejeição ao produto com contratura capsular, dor, deformidade e endurecimento, reativação de doenças auto-imunes e, em raros casos, uma espécie de linfoma relacionado com implantes de silicone. Além da necessidade de troca da prótese ou material após um período indeterminado de tempo. Eximindo o médico da responsabilidade destas alterações reacionais imprevisíveis que poderão ocorrer com materiais protéticos. E também, isento o profissional cirurgião e sua equipe de problemas técnicos decorrentes da fabricação dos implantes e sua esterilização/armazenamento que são alheios ao seu controle. **Por isso, eventuais problemas com os implantes, em qualquer fase do pós-operatório, que eventualmente necessitarem de novas cirurgias e tratamentos por parte da equipe médica, poderá ser cobrado honorários médicos, e taxas hospitalares e anestésicas.**



12. Para o caso específico de lipoaspiração, acrescenta-se que, podem ocorrer assimetrias temporárias ou permanentes (irregularidades), retrações, perfurações de órgãos nobres e cavidades, fistulas, lesões de vasos sanguíneos, acúmulos adiposos residuais e outras. Geralmente, áreas lipoaspiradas tendem a edemaciar por tempo mais prolongado. O tipo de pele e suas características individuais intrínsecas pode produzir flacidez temporária o permanente nas áreas tratadas com lipoaspiração que dependerão de outros tratamentos. Pacientes que vão se submeter ao procedimento de lipoaspiração isolada que possuem flacidez de pele mínima podem evoluir com piora da flacidez e com excesso de pele, culminando com uma necessidade de abdominoplastia complementar sendo este considerado um novo procedimento,
13. Para o caso específico de mamoplastias com ou sem implantes, fui orientada de que a mama é um órgão que apresenta evolução dinâmica com o passar do tempo podendo haver recorrência ou persistência de ptoses e flacidez em graus variados, perda de sensibilidade e necrose parcial ou total das aréolas, necrose de peles e deiscências e assimetrias mamárias de tamanho, forma e posicionamento, e que a amamentação pode influenciar nos meus resultados e bem como posso perder a capacidade de amamentar após essa cirurgia.

Ainda no que tange mamoplastias, as ptoses mamárias (queda) e retorno da flacidez no pós-operatório tanto de mamoplastias de aumento puras, mastopexias com próteses ou redução mamária com ou sem próteses, estão relacionadas a fatores alheios ao controle técnico do cirurgião pois se trata de alterações próprias da pele do paciente, estilo de vida e variações de peso e gestação. Não se tratando de erro ou má técnica. Para que fique claro, alguns pacientes, tem recidiva da ptose (queda) da mama e flacidez mais precocemente (06meses) e outros em tempos posteriores indeterminados.

Por isso, eventuais cirurgias de correção de flacidez da mama decorrentes de recidiva de ptoses não são consideradas retoques e sim novo procedimento mamário, incidindo cobrança de honorários médicos, anestésicos e hospitalares.

14. No caso de abdominoplastias, pode haver dentre as outras citadas, ainda a ocorrência de abaulamentos abdominais persistentes e flacidez de pele, estrias e alterações da forma do umbigo decorrente dos processos cicatriciais diversos



e imprevisíveis. Também, fui orientada que durante o procedimento pode ser necessário a confecção de um novo umbigo, a correção de hérnias e/ou lesão com perfuração das mesmas. Para os pacientes de Mini-abdominoplastias, este procedimento visa realizar uma cicatriz no abdome inferior semelhante em formato e tamanho de uma abdominoplastia convencional com possibilidade variável de ter uma cicatriz menor, a depender da necessidade de ressecção de pele necessária da paciente. Para este procedimento, como o tecido ressecado é menor em relação a uma abdominoplastia convencional pode culminar com excesso de pele residual

15. Para o caso específico de rinoplastia, além das citadas, (associada ou não a septoplastia e outros tratamentos otorrinolaringológicos), fui orientada(o) de que cirurgias nasais podem evoluir com edema persistente por vezes superior a 1 ano, assimetrias, dificuldades e obstruções a entrada de ar temporárias e permanentes, alterações de sensibilidade e perda de projeção da ponta nasal com o tempo. Além de que, por se constituir em estrutura ósseo-cartilaginosa pode ser necessário fraturas nasais e modificações ou retirada de cartilagens nasais, septais, das orelhas ou costelas para confecção do procedimento. Também podem ocorrer lesões temporárias ou permanentes da pele e mucosas nasais decorrente dos curativos empregados em rinoplastia. Estou ciente após explicação médica que, o nariz é uma área de grande chance de fibroses, assimetrias e pequenas imperfeições resultantes ou não do procedimento cirúrgico. E que rinoplastia tem um alto índice de necessidade de cirurgias revisionais e que estas terão custos.

No caso de procedimentos para tratamentos de neoplasias benignas e malignas, fui orientado que as mesmas podem recidivar no local da cirurgia ou em alguns casos a distância com metástases a depender do tipo tumoral. Também, tenho ciência que dentro do ato operatório podem ser necessárias cirurgias adicionais e maiores do que o combinado visando melhor tratamento e reconstrução da área em questão.

16. Conforme explicado pelo meu médico, compreendi que o corpo humano apresenta diferenças anatômicas entre seu lado direito e esquerdo consequentes a alterações ósseas, músculo-ligamentares, gordurosas, nervosas, vasculares e cutâneas pré-existentes e também possivelmente geradas por fibroses e complicações pós-operatórias que podem ser imprevisíveis. Assim, fui orientado(a) com total clareza da impossibilidade em



**se conseguir cirurgicamente simetria absoluta na(s) área(s) operadas ou tratadas quando comparadas entre si, não significando, no entanto, um mal resultado cirúrgico.**

17. Fui orientada das medidas e cuidados pós-operatórios, como uso de cintas e malhas compressivas e comprometo-me a fazer uso das mesmas no tempo indicado por saber que fazem parte do tratamento. Também fui orientada(o) de que podem ocorrer lesões nas áreas operadas ou não pelas malhas e pelo seu uso incorreto. Quanto aos tratamentos complementares necessários, como drenagens, radiofrequência, carboxiterapias, ultrassom e outros, comprometo-me a realizar os que forem indicados pelo cirurgião ou sua equipe e que, a realização de tratamentos sem a consulta prévia ou, a não realização dos mesmos quando indicados, podem comprometer de diversas maneiras a boa evolução do meu tratamento.

**Problemas cardiovasculares, respiratórios, neuromusculares, renais e geniturinário, trombo-embolia venosa ou gordurosa, reações alérgicas e até mesmo óbito, podem ocorrer em qualquer tratamento médico cirúrgico.**

18. **Em relação às despesas extras como taxas, diárias hospitalares adicionais, cirurgias de retoque/revisionais, medicamentos de uso esporádico ou permanente, e em situações imprevistas, drenos, exames laboratoriais feitos no hospital ou em outras instituições, transfusões sanguíneas, transferências para outros hospitais, custos com ambulâncias, e quaisquer outras situações, estas despesas serão de responsabilidade do(a) paciente ou responsável (particular ou através do seu plano de saúde), inclusive internações hospitalares de enfermagem, apartamentos ou UTIS/CTIs, pós cirurgia por intercorrências quaisquer. Caso o paciente não tenha convênio médico, será encaminhado ao SUS para tratamento e internação etc conforme central de regulação e fluxos próprios do SUS.**
19. As consultas necessárias para o correto diagnóstico e definição de técnicas a serem utilizadas, assim como, a plena realização do ato cirúrgico, são de total responsabilidade do médico assistente (supra definido). A alta hospitalar, as consultas pós-operatórias, curativos e retiradas de pontos, poderão ser realizadas por algum membro da equipe do médico assistente.



20. Com relação a presença do VÍRUS COVID-19 na comunidade, declaro que recebi informações sobre a situação de importância nacional, em decorrência da infecção humana pelo Coronavírus (COVID-19). Apesar de não possuir sintomas correspondentes (febre, dor de garganta, dificuldade de engolir, tosse, falta de ar, congestão nasal ou nariz escorrendo), estou ciente da necessidade de adoção de medidas sanitárias, visando à prevenção da dispersão do vírus, comprometendo-me a não levar mais que um acompanhante no dia do procedimento, e que seja fora do grupo de risco (idade 60 anos ou com duas ou mais comorbidades existentes: hipertensão arterial, cardiopatia, diabetes mellitus, doença pulmonar grave, doença renal), e seguir toda recomendação feita pela equipe médica. Também estou ciente de que a equipe tomará todas as medidas preventivas durante o ato cirúrgico e estou ciente que em alguns casos, o vírus pode estar presente de maneira assintomática e portanto, posso eventualmente estar contaminado no ato cirúrgico e não saber. Bem como, posso me contaminar no pós-operatório, assumindo assim, as consequências diversas tanto em meu estado de saúde geral bem como no resultado da cirurgia, eximindo a equipe cirúrgica da responsabilidade de complicações decorrentes do mesmo.

**21. Sobre cirurgias de retoque, revisão ou complemento.**

**São cirurgias que estão sendo feitas para melhorar, otimizar o resultado cirúrgico do procedimento anterior ou corrigir cicatrizes que eventualmente não ficaram adequadas por diversos fatores inerentes a cicatrização comentados neste termo anteriormente e/ou complicações cirúrgicas.**

**Como a medicina é uma atividade de MEIO e não é uma ciência exata, existem diversas situações que podem culminar numa necessidade de uma cirurgia revisional.**

**Como previsto neste termo anteriormente, as cirurgias revisionais tem custo de hospital, materiais, anestesista e eventualmente equipe médica se julgar necessário. Estou ciente que estes procedimentos revisionais, quaisquer que sejam os motivos NÃO são decorrentes de erro ou falha médica.**

**22. PARÁGRAFO DA SUBJETIVIDADE**

**Se sentir bem, feliz e realizado(a) com o seu corpo após um procedimento de cirurgia plástica é muito subjetivo. Por isso, Declaro ter alinhado com meu médico as minhas expectativas e fui orientada dos resultados possíveis e das limitações.**

**Eventuais meras insatisfações, não caracterizam erros ou má prática médica e não justificam realização de procedimentos complementares e/ou retoques. E caso deseje realizar novos procedimentos complementares estes serão cobrados normalmente.**



### **23. ABANDONO DO TRATAMENTO**

Pacientes que por ventura não sigam as orientações ou não comparecem nos retornos pós-operatórios tem seu tratamento comprometido por parte dos mesmos. Sendo assim, eventuais reparos ou retoques serão caracterizados como NOVO PROCEDIMENTO com incidência de honorários e demais custos.

### **24. TERMO DE COMPROMISSO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS CORPORAIS (MAMAS, LIPOESCULTURAS, ABDOMINOPLASTIAS E BRAÇOS, PERNAS E GLÚTEOS)**

As cirurgias de contorno corporal, realizadas únicas ou simultaneamente com outras, são procedimentos TOTALMENTE dependentes de cuidados pós-operatórios, mudança de estilo de vida para uma vida mais saudável, orientada para prática de atividades físicas, dieta e acompanhamento nutricional.

Estes procedimentos, apesar de todas as melhores técnicas e tecnologias envolvidas nos procedimentos, não atingem seu pleno resultado em pacientes não comprometidos com sua saúde, sedentários e sem controle alimentar.

Portanto, ciente destes conhecimentos:

- Fico ciente que a minha alteração de peso influencia nos meus resultados
- Pacientes que operam fora do seu peso ideal (IMC 18-25) e com padrões de composição corporais pela bioimpedância com excesso de gordura corporal, tendem a ter resultados pouco duradouros e pouco expressivos.
- As cirurgias de Lipoaspiração possuem limitações na quantidade do volume aspirado em cada paciente e o médico durante o procedimento julga o que é mais vantajoso e seguro para o paciente que produza um resultado com manutenção da segurança do procedimento
- Pode ser necessário e caso for indicado, me comprometo a realizar os tratamentos complementares como radiofrequência, biostimuladores e outros que possam ser indicados para potencializar meus resultados.
- Me comprometo a seguir melhorando minha composição corporal pela bioimpedância e rotina de atividade física e dieta equilibrada e saudável para atingir o melhor resultado possível para o meu caso bem como a manutenção do mesmo.
- Caso não siga estas orientações, estou ciente que meu resultado ficará comprometido e aquém do ideal
- Eventuais flacidez e excesso de pele residual NÃO SÃO considerados erros médicos ou má prática.



Eu reconheço, dessa forma com tudo exposto acima, que durante o curso da operação existem condições que não podem ser previamente identificadas e, por isso, podem necessitar procedimentos adicionais ou diferentes daqueles inicialmente programados. Por este motivo, autorizo e confio ao médico cirurgião a realizar qualquer técnica ou tratamento necessário para a condução do quadro.

Entendo que o médico cirurgião e toda sua equipe se obriguem unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir um resultado desejado, porém não certo. **Não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tanto quanto ao percentual de melhora, como em aparência de idade ou, mesmo, a permanência dos resultados atingidos.**

Concordo em **cooperar com os médicos** responsáveis pelo meu tratamento até meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, oral e/ou por escrito, pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho do profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes. Sei que devo comparecer aos retornos, efetuar adequadamente os cuidados de cada procedimento realizado e informar alterações imediatamente ao médico responsável ou seu imediato previamente designado para que se possa tratar qualquer alteração.

Aceito o fato de que o **tabagismo**, o uso de **drogas (lícitas ou ilícitas)** e **álcool** são fatores que podem ser causa de complicações médico-cirúrgicas. Relacionadas ou não ao procedimento realizado e que influenciam na saúde como um todo, podendo trazer desfechos imprevisíveis.

Fui orientada a interromper o tabagismo por pelo menos 4 semanas pré-operatórias e pós operatórias e que mesmo assim, não extinguem os danos, causados pelo tabagismo ao desfecho clínico - cirúrgico.

Informei em consulta médica minhas intolerâncias e alergias incluindo de medicamentos e tenho ciência de que a omissão a essas informações podem gerar danos a minha saúde ou da pessoa que sou responsável.

Tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas relativas ao tratamento que voluntariamente me submeterei e forneci todas as informações verdadeiras a respeito do que me foi perguntado, tendo lido e compreendido as Informações deste documento e outros, antes de sua assinatura e que tive a oportunidade de retornar ao consultório quantas vezes fossem necessárias para retirar dúvidas e mesmo sendo



sabedor(a) que a cirurgia proposta tem riscos, podendo ocasionar entre outras complicações, deformidades e limitações de minhas atividades cotidianas por um período indeterminado de tempo, aceito e autorizo os profissionais designados a realizarem os procedimentos necessários para a boa condução da cirurgia proposta.

**Tenho conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poderá me trazer prejuízos, comprometer o procedimento, causar-me sequelas ou acarretar danos à minha saúde. Comprometo-me ao ter alta hospitalar, seguir todas as prescrições e cuidados indicados pelo médico e/ou sua equipe. Assim obterei como resultado a combinação da técnica empregada, da reação cicatricial dos meus órgãos e tecidos e da experiência do cirurgião, sabendo que a finalidade da cirurgia não é a realização de um sonho, mas sim obter o que as técnicas cirúrgicas e a ciência médica podem me oferecer.**

Assim sendo,

Assinatura do Paciente: .....

**Favor rubricar todas as via**

1 -- Testemunha: .....

RG: .....CPF:.....

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023.



### **ORIENTAÇÕES PRÉ – OPERATÓRIAS**

Além dos exames laboratoriais e/ou de imagem estarem de acordo, certos cuidados deverão ser tomados antes da cirurgia para que ocorra com maior segurança.

- **Exames pré-operatórios, risco cirúrgico e avaliação anestésica são obrigatórios levar no dia da sua cirurgia.**
- Anfetaminas, sibutramina, suplementos alimentares “pré-treino”, diuréticos **suspender 15 dias antes.**
- Alimentos ou medicamentos fitoterápicos, **suspender 5 dias antes.**
- **Para hipertensos**, o uso de anti-hipertensivos orais na manhã do dia da cirurgia **é aconselhável.**
- Aconselhamos suspender o uso de **cigarro 30 dias antes da cirurgia.**
- **Suspender uso de anticoncepcional oral e injetáveis pelo menos 1 mês antes da cirurgia.**
- Procure ter uma **dieta leve e evite bebidas alcoólicas 5 dias** que antecede sua cirurgia.
- É importante que seja feito **JEJUM** de alimentos sólidos e líquidos (incluindo água), pelo menos **8 horas antes** de sua cirurgia.
- **Retirar esmalte dos dedos (mãos e pés), unhas de fibra, cílios postiços, aplique de cabelo.**
- Além de deixar seus pertences com acompanhantes, lembre-se de **retirar todo objeto metálico, como brincos, anéis e piercing.**
- **Macaquinho, sutiã, meia**, entregamos direto no centro cirúrgico para seu uso no pós-operatório, **se necessário.**
- Orientações quanto a retirada de pontos, curativos e drenagem, serão feitas durante **nas consultas pós-operatórias.**
- Alta Hospitalar será feita após visita da fisioterapeuta e liberação do Drº Victor Albuquerque ou outro médico da equipe.
- **DUVIDAS E ESCLARECIMENTO, CONSULTE NOSSA EQUIPE.**

Ciente de tudo: \_\_\_\_\_

#### **CONTATOS PARA URGÊNCIA**

65 – 99625-6393 – Drº Victor Albuquerque

65 – 99605-1985 – Consultório Drº Victor

**OBSERVAÇÃO: EM CASO DE INTERCORRENCIAS GRAVES E NÃO CONSEGUIR CONTATO COM OS TELEFONES ACIMA, PROCURAR PRONTO SOCORRO MAIS PROXIMO OU ACIONAR O SAMU.**



## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Por meio do presente, \_\_\_\_\_, inscrita no CPF sob n. - \_\_\_\_\_, portador(a) do RG n. \_\_\_\_\_, AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material de divulgação em favor da **VATS Clínica Médica LTDA**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ n. 22.960.245/0001-01, com sede à Av. Erico Preza n. 500 Jardim Itália - Espaço Milano 1º Andar - Cuiabá-MT, CEP: 78060-758, representado por Victor Albuquerque Teixeira da Silva, para ser utilizado nas redes sociais tais como: **Facebook, Youtube e Instagram**, sem necessidade de citação de meu nome. Esta autorização se refere a fotografia ou imagens em vídeos, com ou sem captação de som produzida pela empresa supracitada. A presente autorização permite a modificação das imagens, sua manipulação digital, adições ou subtrações de cores, textos e elementos digitais.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional.

Fica a empresa responsabilizada por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do Titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), comunicando ao TITULAR, caso ocorra algum incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, conforme artigo 48 da Lei nº 13.709/2020.

Por esta ser a expressão da minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos à minha imagem ou qualquer outro.

Cuiabá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura