



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PARTICIPAÇÃO DE MENORES DE IDADE

5ª Bienal das Artes do Vale do Rio Doce

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____,
residente e domiciliado(a) à _____

_____,
na qualidade de pai/mãe ou responsável legal de _____
_____ menor de idade, nascido(a) em ____/____/____, autorizo sua
participação na 5ª Bienal das Artes do Vale do Rio Doce, evento cultural promovido pela CLÍNICA
DE SAÚDE BOM PASTOR DE GOVERNADOR VALADARES ou Nossa Clínica e Prefeitura
Municipal, a ser realizada, em Governador Valadares.

Declaro estar ciente de que:

1. A participação do(a) menor se dará em atividades de caráter artístico, educativo e cultural, sob supervisão da equipe organizadora;
2. O responsável legal compromete-se a zelar pelo cumprimento das normas de segurança, comportamento e horário estabelecidas pela organização do evento;
3. A organização do evento não se responsabiliza por danos materiais, morais ou pessoais decorrentes de atos praticados pelo menor fora das atividades programadas e supervisionadas;
4. Autorizo a exposição, exibição pública e eventual venda da obra artística de sua autoria, intitulada _____, durante a 5ª Bienal das Artes do Vale do Rio Doce;
5. Autorizo, de forma gratuita e por prazo indeterminado, o uso da imagem e voz do(a) menor em fotografias, vídeos, gravações ou outros meios de divulgação vinculados à 5ª Bienal das Artes do Vale do Rio Doce, para fins institucionais, artísticos e de divulgação cultural, conforme a Lei nº 13.709/2018 (LGPD);
6. Estou ciente de que posso, a qualquer momento, revogar esta autorização mediante solicitação formal à organização do evento.

Por ser verdade, firmo o presente termo, para que produza seus efeitos legais.

Governador Valadares, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do Responsável: _____

Telefone / E-mail: _____

Assinatura do Menor : _____

Assinatura da Organização (recebimento): _____

