



**CREMESP**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO



## **AUTORIZAÇÃO**

Eu, (nome completo), (profissão), residente em (endereço completo), (bairro), (cidade), (estado), autorizo, de forma gratuita e voluntária, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) a utilizar material de vídeo e fotográfico enviado por mim, em campanhas publicitárias na mídia impressa e eletrônica, vídeos e projeções em edifícios, a fim de promover a valorização do trabalho dos médicos no combate à covid-19, por meio de campanha do Dia do Médico.

(assinatura)

(nome completo)

(telefone)

(email)