

Termo de autorização de divulgação do Relato de Caso

(Preencher com letra legível)

Nome Completo: _____
Nacionalidade: _____, Estado civil: _____, Profissão: _____
CPF: _____ RG: _____ Data de nascimento: _____
Endereço residencial: _____ Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade-UF: _____ CEP: _____
Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ E-mail(s): _____
doravante designado(a) **AUTOR(A)**.

Nome Completo: _____
Nacionalidade: _____, Estado civil: _____, Profissão: _____
CPF: _____ RG: _____ Data de nascimento: _____
Endereço residencial: _____ Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade-UF: _____ CEP: _____
Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ E-mail(s): _____
doravante designado **CO-AUTOR(A) 1** (se houver).

Nome Completo: _____
Nacionalidade: _____, Estado civil: _____, Profissão: _____
CPF: _____ RG: _____ Data de nascimento: _____
Endereço residencial: _____ Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade-UF: _____ CEP: _____
Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ E-mail(s): _____
doravante designado **CO-AUTOR(A) 2** (se houver).

Nome Completo: _____
Nacionalidade: _____, Estado civil: _____, Profissão: _____
CPF: _____ RG: _____ Data de nascimento: _____
Endereço residencial: _____ Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade-UF: _____ CEP: _____
Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ E-mail(s): _____
doravante designado **CO-AUTOR(A)** (se houver).

Nome Completo: _____
Nacionalidade: _____, Estado civil: _____, Profissão: _____
CPF: _____ RG: _____ Data de nascimento: _____
Endereço residencial: _____ Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade-UF: _____ CEP: _____
Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ E-mail(s): _____
doravante designado **CO-AUTOR(A) 4** (se houver).

Nome Completo: _____
Nacionalidade: _____, Estado civil: _____, Profissão: _____
CPF: _____ RG: _____ Data de nascimento: _____
Endereço residencial: _____ Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade-UF: _____ CEP: _____
Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ E-mail(s): _____
doravante designado **PROFESSOR ORIENTADOR**.

(doravante designados em conjunto como "Partes").

1. As Partes, de acordo com a lei nº 9610/98, autorizam, a título gratuito e por prazo indeterminado, à **OURO FINO SAÚDE ANIMAL LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado, regularmente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 57.624.462/0001-05, sediada na Rodovia Anhanguera, SP 330, Km 298, Distrito Industrial, CEP 14140-000, na cidade de Cravinhos, Estado de São Paulo, atuando diretamente ou por meio de suas empresas controladas, coligadas, relacionadas ou ligadas ("**Ouro Fino**"), a reproduzir e divulgar, a qualquer tempo e de acordo com a conveniência desta, o Relato de Caso do qual é titular conforme anexo, incluindo todos os elementos que o integram - tais quais imagens, ilustrações, tabelas e gráficos - através boletins técnicos, folhetos, apresentações em Power Point e ainda pelo meio que lhe aprover, renunciando desde já a quaisquer ressarcimentos referentes aos direitos autorais do Relato de Caso, devendo a Ouro Fino incluir na divulgação a citação dos autores, coautores, professor orientador e da Instituição de Ensino vinculada.

2. As Partes declaram, ainda, que estão cientes de que, havendo o interesse pelas Partes na apresentação dos Relatos em congressos ou outros meios de divulgação, desde que não anulem o caráter inovador de uma possível publicação de interesse da Ouro Fino e desde que a Ouro Fino esteja de acordo, estarão autorizados a fazê-lo mediante termo escrito e assinado pela Ouro Fino. A autorização à Ouro Fino deve ser realizada com no mínimo 60 dias da data pretendida para a divulgação.

Data: _____

AUTOR

PROFESSOR ORIENTADOR

COAUTOR(A) 1

COAUTOR(A) 2

COAUTOR(A) 3

COAUTOR(A) 4