

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS.**

Eu, \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_ por

meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permito que o Dr.(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CRO \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (UF/número) faça fotografias e/

ou vídeos sobre o meu caso clínico. Autorizo que estas imagens e exames complementares

domesmo sejam utilizadas para finalidade científica, envolvendo discussão diagnóstica e de

conduta, podendo inclusive ser mostrado o meu rosto, o que, dependendo do caso, pode fazer

com que eu seja reconhecido. Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer custo ou

prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação. Fui esclarecido de que não receberei

nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi

que o a equipe de profissionais que me atende e atenderá durante todo o tratamento não terá

qualquer tipo de ganhos financeiros com a exposição da minha imagem. Portanto, estou de

acordo com a utilização destas imagens para finalidades científicas.

Local \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura\*: \_\_\_\_\_