



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

Nome do paciente:

RG:

Paciente menor de idade ou incapaz? Não Sim

Nome do responsável:

RG do responsável:

Médico:

Por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu consinto que o médico supracitado tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens de mim/do paciente sob minha responsabilidade. Concordo que estas imagens sejam utilizadas com finalidade didática e científica, divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos, congressos e afins, e também publicadas em livros, artigos, portais de internet, revistas científicas e similares.

Estou ciente de que pode haver a possibilidade de as imagens incluírem o rosto, especialmente se for importante para a compreensão do caso ou se houver dificuldade técnica em ocultá-lo.

Consinto também que as imagens de exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassons, eletroneuromiografias, histopatológicos (exame no microscópio da peça cirúrgica retirada) e outros, sejam utilizadas e divulgadas.

Este consentimento pode ser revogado a meu pedido, sem qualquer prejuízo a minha pessoa, desde que a revogação ocorra antes da publicação.

Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi que a equipe de profissionais que me atende não terá qualquer tipo de ganhos financeiros com a exposição da minha imagem nas referidas publicações.

Local e data:

Assinatura (paciente ou responsável):