



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA UTILIZAÇÃO DO CASO E IMAGENS PARA USO EM
TRABALHOS CIENTÍFICOS, CONGRESSOS E SITES
MÉDICOS**

Eu _____
_____ (nome do(a) paciente e qualificação) portador do
CPF nº _____ e do RG nº
_____, abaixo firmado(a), **DECLARO**, residente e
domiciliado(a) na

_____, nº _____, na cidade
de _____ Estado _____, por
esta e na melhor forma de direito declarado que:

Fui devidamente orientado(a) de maneira clara e compreensível sobre a execução de fotografias, filmagens, gravações, RX e outros serviços afins do procedimento cirúrgico, destinados ao estudo médico, e autorizo desde já a exibição desse material em palestras, congressos, site do médico, jornadas e eventos médico-científicos, contanto que seja preservada minha identidade.

AUTORIZO a utilização do meu caso clínico e minha participação
no
estudo _____

_____ a ser realizado.

_____ de _____ de _____.

Assinatura