

**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**  
**Permissão para uso de imagem em artigo científico**

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro, residente ao endereço \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, inscrito(a) no Registro Geral sobre o número da carteira de identidade \_\_\_\_\_, permito ao(s) Dr(s)/ Sr(s).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

o uso e publicação de minhas imagens fotográficas em artigo científico. Estou ciente de que não serei remunerada pelo uso destas imagens.

Entendo que poderei ser reconhecido(a) por leitores e que minhas fotografias poderão ser publicado na internet e serem acessadas pelo público em geral. Os médicos citados acima e/ou os responsáveis pela publicação do artigo não poderão ser responsabilizados pelas consequências da publicação de minhas fotografias.

Estou ciente de que, caso não aceitasse assinar este termo, receberia dos médicos citados acima a mesma qualidade de atendimento e tratamento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Em caso de paciente menor de 18 anos:

Eu, \_\_\_\_\_, responsável legal pelo paciente \_\_\_\_\_, permito o uso de suas imagens em estudo clínico, de acordo com as condições expressas acima, que foram explicadas de forma clara.

Assinatura do responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_

Nome do responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_