CAROLINE COSTA
ODONTOLOGIA & SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Obtenção e Utilização de Imagens

(1ª via- Paciente)

Eu,_____, portador(a) do RG:_____ e CPF:_____ paciente/modelo desta clínica/ consultório/ curso por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permito que sejam realizadas fotografias e/ou vídeos sobre meu caso clínico.

Autorizo que estas imagens sejam utilizadas para finalidade científica e publicitária podendo ser divulgadas em meio impresso, pela Internet em mídias sociais como Facebook, Instagram, Youtube ou demais que possam surgir, envolvendo discussão diagnóstica e de conduta de tratamento, podendo inclusive ser mostrado o meu rosto, o que pode fazer com que eu seja identificado(a).

Consinto também que as imagens de meus exames complementares, como radiografias, tomografias, exames de sangue, anamnese, modelos de gesso, entre outros, possam ser utilizados.

Este consentimento pode ser revogado sem qualquer custo ou prejuízo à minha pessoa e a qualquer tempo, devendo ser solicitado por escrito o não uso das imagens. Lembrando que o não uso das imagens é válida apenas a partir da data da solicitação, estando esclarecido que as imagens veiculadas anteriormente à rescisão não poderão ser retiradas de circulação, principalmente as impressas.

Fui esclarecido(a) de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens divulgadas seja em meio cientifico ou publicitário.

Portanto, estou de acordo com a utilização destas imagens assinaladas para finalidades tanto cientificas quanto publicitárias:

( ) somente aquelas que mostrem os dentes e o sorriso;

( ) permito todas, inclusive aquelas que mostrem o rosto.

Parnaíba-PI _____/_____/_____.

_____ _____

Caroline Costa
CRO-PI 2613

Assinatura Paciente ou responsável

CAROLINE COSTA
ODONTOLOGIA & SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Obtenção e Utilização de Imagens
(2ª via – Clínica)

Eu,_____, portador(a) do RG:_____ e CPF:_____ paciente/modelo desta clínica/ consultório/ curso por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permito que sejam realizadas fotografias e/ou vídeos sobre meu caso clínico.

Autorizo que estas imagens sejam utilizadas para finalidade científica e publicitária podendo ser divulgadas em meio impresso, pela Internet em mídias sociais como Facebook, Instagram, Youtube ou demais que possam surgir, envolvendo discussão diagnóstica e de conduta de tratamento, podendo inclusive ser mostrado o meu rosto, o que pode fazer com que eu seja identificado(a).

Consinto também que as imagens de meus exames complementares, como radiografias, tomografias, exames de sangue, anamnese, modelos de gesso, entre outros, possam ser utilizados.

Este consentimento pode ser revogado sem qualquer custo ou prejuízo à minha pessoa e a qualquer tempo, devendo ser solicitado por escrito o não uso das imagens. Lembrando que o não uso das imagens é válida apenas a partir da data da solicitação, estando esclarecido que as imagens veiculadas anteriormente à rescisão não poderão ser retiradas de circulação, principalmente as impressas.

Fui esclarecido(a) de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens divulgadas seja em meio cientifico ou publicitário.

Portanto, estou de acordo com a utilização destas imagens assinaladas para finalidades tanto cientificas quanto publicitárias:

( ) somente aquelas que mostrem os dentes e o sorriso;

( ) permito todas, inclusive aquelas que mostrem o rosto.

Parnaíba-PI _____/_____/_____.

_____ _____

Caroline Costa
CRO-PI 2613

Assinatura Paciente ou responsável