

(Inserir o título do Relato de Caso)
(Inserir o nome do Pesquisador Principal)

CONSENTIMENTO PARA USO DA IMAGEM

Eu, **Escrever o nome do participante do relato de caso**, portador(a) da cédula de identidade, RG nº **escrever o número da cédula de identidade**, autorizo o(a) pesquisador(a) **escrever o nome do pesquisador principal**, através da **FACULDADE TIRADENTES de Goiana**, sediada na Rua 7, No 3-4. Lote 3-4. Quadra 12. Loteamento Novo Horizonte, Bairro Boa Vista, Goiana – PE, 55900000, a capturar e utilizar as imagens dos meus exames de **escrever o tipo de exame; raio X, ecografia, etc.** em fotos para o Relato de Caso: “**Inserir o título do Relato de Caso**”, desde que observada a proteção das minhas informações pessoais, e que minhas imagens sejam utilizadas exclusivamente para fins científicos em revistas, jornais ou periódicos científicos ou em congressos médicos e eventos acadêmicos afins, tais como: encontros, seminários, simpósios, conferências, fóruns, jornadas e cursos no formato de banner, painel, apresentação em slides ou em livretos, quer sejam na mídia impressa ou internet.

A autorização ao pesquisador, qual seja o título necessário, é de forma graciosa e sem qualquer ônus, não requerendo para isso qualquer espécie de benefício, a partir da presente data e por prazo indeterminado, cedendo assim na sua totalidade a qualquer direito de uso.

Nome Completo do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

____/____/____
Data