

CONSENTIMENTO PARA O USO DE IMAGENS COM FINS CIENTÍFICOS

Eu reconheço que fui informado(a) de que serão feitas fotografias, filmes, e/ou gravações de som de mim, ou de partes do meu corpo, antes e durante o meu tratamento e concedo a(o) Dr(a). _____ permissão para publicar, distribuir e usar tais materiais para os seguintes propósitos:

- Fins médicos relacionados ao meu caso. Fotografias tiradas de mim ou de partes do meu corpo podem ser usadas para fins de meus cuidados médicos.
- Fins científicos, incluindo seminários, artigos médicos, palestras, apresentações educativas e/ou conferências.

Autorizo, por este meio, que os materiais sejam utilizados e editados, se necessário, sem restrições de qualquer tipo, para atingir os objetivos, de acordo com o meu consentimento aqui fornecido.

Renuncio ao direito de inspecionar ou aprovar o produto final, incluindo cópia escrita ou eletrônica, em que apareça a minha imagem ou imagem alterada. Compreendo que as imagens podem retratar características que podem identificar ou apresentar uma semelhança reconhecível de mim.

Renuncio a qualquer direito a royalties ou compensação decorrente do uso de quaisquer materiais e isento o(a) Dr(a). _____ e seus representantes ou parceiros de qualquer responsabilidade relacionada ao uso desses materiais para os fins descritos acima, enquanto também os isento indefinidamente de todas as reivindicações, exigências e causas de ação que eu, os meus herdeiros, representantes, executores, administradores ou quaisquer outras pessoas que atuem em meu nome ou em nome do meu patrimônio, tenham ou possam ter em virtude da minha assinatura.

Concedo este consentimento de forma voluntária, como forma a contribuir com a ciência e a educação médica.

Certifico que li os termos de consentimento acima e os comprehendo plenamente, tendo tido a oportunidade também de tirar todas as minhas dúvidas.

_____, ____ / ____ / ____.

Nome do(a) paciente: _____

Assinatura: _____