

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE  
IMAGENS**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável legal pelo paciente \_\_\_\_\_, pelo presente instrumento, consinto que o **médico(a)** \_\_\_\_\_; **CRM** \_\_\_\_\_, tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens de mim, sobre o meu caso clínico. Consinto que estas imagens sejam utilizadas para finalidade didática e científica.

Consinto também que as imagens de meus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, vídeo-endoscopias, angiografias, ressonâncias magnéticas, ultrassons, eletromiografias, histopatológicos (exame no microscópio da peça cirúrgica retirada) e outros, sejam também utilizadas para finalidade didática e científica.

Declaro também ter sido informado(a) pelo médico(a) acima citado de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das mencionadas imagens e estou ciente e compreendi que o médico responsável e a equipe de profissionais que me atende e atenderá durante todo o tratamento, não terá qualquer tipo de ganho financeiro com a utilização das mesmas.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

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

CPF: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_