

**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: _____