



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGEM/ DADOS EM RELATO
DE CASO CLÍNICO (TRABALHOS ACADÊMICOS)
PACIENTES MENORES DE IDADE/DEPENDENTES**

Eu, _____, RG n°. _____, residente à Av./Rua _____ n° _____, complemento _____, Bairro _____, na cidade de _____ - Estado de _____, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, **CONSINTO** que o Dr. _____ CRO- _____ tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens e registros sobre o caso clínico do **MENOR/INCAPAZ** _____, idade _____ anos, RG _____ CPF _____, que se encontra sob minha responsabilidade/tutela. Consinto que estas imagens bem como as informações relacionadas ao caso clínico do referido paciente que se encontra sob minha responsabilidade sejam utilizadas para finalidade didática (aulas, painéis científicos, palestras, conferências, cursos, congressos), resguardando a sua identidade e o que pode fazer com que o mesmo seja reconhecido.

Consinto também que as imagens de seus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassons, eletromiografias, histopatológicos (exame no microscópio da peça cirúrgica retirada) e outros, sejam utilizados e divulgados.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo ao paciente, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Este consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberemos nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das referidas imagens e também compreendi que o profissional/equipe acima discriminado, que atende o menor/incapaz e atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com a exposição da sua imagem nas referidas publicações. Também fui esclarecido de que a participação ou não nestas publicações não implicará em alteração do direito conferido ao paciente (menor/incapaz) em continuar o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

Campinas, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável pelo paciente

CPF: _____

RG: _____

Assinatura do Profissional Responsável

CPF: _____

RG: _____

C.F., art. 5º, X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;" (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988)

C.C., art. 20. Salvo se autorizadas, ou se necessárias à administração da justiça ou à manutenção da ordem pública, a divulgação de escritos, a transmissão da palavra, ou a publicação, a exposição ou a utilização da imagem de uma pessoa poderão ser proibidas, a seu requerimento e sem prejuízo da indenização que couber, se lhe atingirem a honra, a boa fama ou a respeitabilidade, ou se destinarem a fins comerciais.

Parágrafo único. Em se tratando de morto ou de ausente, são partes legítimas para requerer essa proteção o cônjuge, os ascendentes ou os descendentes." (Código Civil. Lei no 10.406, 10 de janeiro de 2002)