

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES E DIREITO DE IMAGEM COM VEDAÇÃO DE DIVULGAÇÃO PÚBLICA

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____ autorizo
ao Dr.(a) _____ inscrito(a) no CRM nº _____, e sua equipe
multidisciplinar somente a:

UTILIZAR MINHAS INFORMAÇÕES DE FORMA ANONIMIZADA (SEM
IDENTIFICAÇÃO DE NOME E DOCUMENTOS)¹ PARA OS ÚNICOS FINS DE:

1



registrar fotos, vídeos, sons, imagens e qualquer outro tipo de mídia profissional ou amadora;

2



registrar, de forma escrita, toda descrição referente ao laudo do exame realizado, das reações e sintomas que fui acometido(a), aos medicamentos que me foram submetidos e outras peculiaridades que possam interferir no exame realizado pela médica acima;

3



utilizar os registros, citados nos pontos 1 e 2, para compartilhar imagens e laudos com o médico assistente através de e-mail e armazenamento em nuvem com finalidade de acompanhamento do quadro clínico.

Fica expresso que minha autorização se limita somente às atividades explícitas acima e, ainda que, fica vedada a utilização e divulgação dos meus registros, com público externo ao meu tratamento, seja para finalidade didática e científica, palestras, apresentações, seminários, congressos e/ou qualquer tipo de publicação, em sites ou redes sociais.

Fica explícito ainda, que o compartilhamento de imagens, tratamento de dados e outros, se dará somente entre a equipe multidisciplinar e médico assistente.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem ora autorizada ou a qualquer outro, e assino este termo de permissão.

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

¹ As informações de identificação (nome, documento de identificação, contato e endereço) não serão utilizadas, compartilhadas ou comercializadas. Serão mantidas em base de dados própria.