

# **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ autorizo o cirurgião dentista Dr(a). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, CRO \_\_\_\_\_ a utilizar as imagens obtidas durante o meu tratamento odontológico, sejam elas digitalizadas ou impressas, para a finalidade de registros, documentação odontológica, pesquisas, cursos, publicações em livros, revistas científicas, álbuns, aulas, congressos, galerias e/ou fóruns odontológicos, ou ainda, em quaisquer outros meios de comunicação, inclusive redes sociais, desde que respeitadas as normativas do Conselho Federal de Odontologia.

A utilização deste material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte do cirurgião-dentista.

Cidade, Estado \_/ \_/ \_

Cirurgião-dentista – CRO

Assinatura Paciente