**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL**

**ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Data:**

 Eu, , RG nº ,

residente em nº ,

complemento , bairro: , na

cidade de , paciente (ou responsável legal do

paciente ), por meio deste Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido, consinto que o Dr (a)

 tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens

 minhas e sobre o meu caso clínico.

 Consinto que estas imagens sejam utilizadas para finalidade didática e científica, divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos, congressos, entre outros eventos científicos, e publicadas em livros, artigos, portais de internet, revistas científicas e similares, podendo inclusive ser exposto o meu rosto (o que pode fazer com que eu seja reconhecido (a).

 Consinto também que sejam utilizadas e divulgadas as imagens de meus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassons, eletromiografias, histopatológicos (exame microscópico da peça cirúrgica retirada) e outros.

 Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo a minha pessoa, mediante meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação.

 Por meio deste declaro que fui esclarecido que não receberei ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e compreendi que a equipe de profissionais que me atende e atenderá durante todo o tratamento não terá qualquer tipo de ganho financeiro com a exposição da minha imagem nas referidas publicações.

**Assinatura do paciente ou responsável**

 **Assinatura do pesquisador(a) responsável**