**MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção e utilização de imagens**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente à Av./Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou expressa e plena autorização para que o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob registro no CREFITO17 sob número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e endereço da clínica/consultório/instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, faça fotografias, vídeos e outros tipos de imagens de meu caso clínico e de minha pessoa ou da criança/adolescente/idoso/pessoa tutelada da qual sou representante legal.

Consinto que estas imagens, e de acordo com a Resolução COFFITO 532/2021, sejam utilizadas para finalidade didática e científica, divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos, congressos, e também publicadas em livros, artigos, portais de internet, redes sociais, revistas científicas e similares, podendo inclusive fazer exibição de rosto, o que pode gerar meu reconhecimento ou da pessoa representada legalmente por mim.

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

Consinto igualmente que o uso destas imagens e fotos de exames podem ser veiculadas em campanhas de natureza comercial, com a finalidade de divulgar o trabalho do profissional acima identificado, sem que nada possa ser reclamado, a título de danos morais ou materiais com a referida divulgação.

Autorizo ainda que todos os meus dados pessoais acima consentidos sejam arquivados em controle pessoal do profissional fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional sob sua responsabilidade, em conformidade com a Lei Federal 8.069 (Estatuto da Criança e do Adolescente), Lei Federal 10.741 (Estatuto do Idoso) e a Lei Federal 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Por fim, declaro que este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação das imagens referidas, e que fui esclarecido de que não receberei ressarcimento ou pagamento pelo uso destas.

Assim, assino a presente autorização em duas vias de igual teor e forma e declaro que recebi uma via deste termo.

Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

\* Nome da pessoa representada legalmente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_