

Autorização para Divulgação de Dados

Eu, _____, portador do documento _____, abaixo assinado, dou plenos direitos para que as radiográficas, fotografias, modelos, resultados clínicos, laboratoriais e quaisquer outras informações referentes ao planejamento e/ou tratamento tenham uso didático ou de divulgação científica (revistas, periódicos, congressos, seminários, etc.), respeitados os respectivos códigos de ética e civil.

Alfenas, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável