

## **Termo de Consentimento livre e esclarecido para obtenção e utilização de imagem/dados**

Eu, Fulano da Silva, por meio deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consinto que o/a Dr. William Franco de Oliveira faça fotografias, vídeos e outros tipos de imagens e registros de mim. Consinto que estas imagens, bem como as informações relacionadas ao meu caso clínico, sejam utilizadas para finalidades de aulas, painéis, palestras, conferências, cursos, congressos e meios de divulgação. Consinto também que as imagens de meus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassons, entre outros, sejam divulgados e utilizados. 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. Este consentimento é instituído por prazo indeterminado. Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens. Também fui esclarecido de que a minha participação ou não nestas publicações não implicará em alteração do direito a mim conferido em continuar o tratamento odontológico adequado e proposto e aceito inicialmente.

Luanda, 20/09/2024

Fulano da Silva