(Inserir o título do Relato de Caso)

(Inserir o nome do Pesquisador Principal)

**CONSENTIMENTO PARA USO DA IMAGEM**

 Eu, Escrever o nome do participante do relato de caso, portador(a) da cédula de identidade, RG nº escrever o número da cédula de identidade, autorizo o(a) pesquisador(a) Dr(a). escrever o nome do pesquisador principal, através da **Universidade |Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Erechim**, sediada em Erechim, na Avenida Sete de Setembro, número 1621, Bairro Fátima, inscrita no CNPJ sob o nº 60.765.823/0001-30, a capturar e utilizar as imagens dos meus exames de escrever o tipo de exame; raio X, ecografia, etc. em fotos para o Relato de Caso: ” Inserir o título do Relato de Caso*”*, desde que observada a proteção das minhas informações pessoais, e que minhas imagens sejam utilizadas exclusivamente para fins científicos em revistas, jornais ou periódicos científicos ou em congressos médicos e eventos acadêmicos afins, tais como: encontros, seminários, simpósios, conferências, fóruns, jornadas e cursos no formato de banner, painel, apresentação em slides ou em livretos, quer sejam na mídia impressa ou internet.

 A autorização ao pesquisador, qual seja o titulo necessário, é de forma graciosa e sem qualquer ônus, não requerendo para isso qualquer espécie de benefício, a partir da presente data e por prazo indeterminado, cedendo assim na sua totalidade a qualquer direito de uso.

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

Nome Completo do Paciente de Pesquisa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente de Pesquisa Data