



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
DOCUMENTAÇÃO FOTOGRÁFICA MÉDICA

Pelo presente instrumento, eu, _____,
autorizo a minha documentação fotográfica médica ou de meu filho (ou pessoa sob minha guarda).
Eu entendo que a informação poderá ser usada no meu prontuário médico. As imagens digitalizadas
serão arquivadas em CD-R junto ao prontuário médico.

Ao autorizar a documentação fotográfica, eu compreendo que não receberei qualquer tipo de
remuneração. A recusa à autorização para fotografias não afetará o cuidado médico que receberei.

Caso eu tenha qualquer dúvida ou deseje retirar minha autorização no futuro, devo contactar o Dr.
Benjamin Heck.

São Paulo, ____ de _____ de 20__

Paciente ou Responsável Legal:

Médico Responsável e/ou equipe:

Nome: _____

Nome: _____

RG n°: _____

CRM n°: _____