

Inserir identificação do estabelecimento de saúde (endereço, e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS, IMAGEM E VOZ

Eu, _____ (nome completo),
brasileiro(a), _____ (estado civil), RG de nº _____ - Órgão
Expedidor _____, CPF/MF de nº _____, residente e
domiciliado(a) na _____

venho, por meio deste termo, espontânea e livremente, AUTORIZAR o uso de dados do meu
Prontuário Odontológico, de minhas imagens, áudios, vídeos, relativos ao tratamento odontológico
a que me submeto com o Cirurgião-dentista/Clínica

_____, para fins diversos de divulgações
de assuntos odontológicos, em específico,

_____ (especificar os
meios em que haverá a divulgação/publicação dos dados/do caso clínico), abdicando de qualquer
direito ou remuneração pelo uso destes registros, tendo a mim sido garantido que o
profissional/estabelecimento sempre observará os preceitos éticos e legais vigentes, relativos à
Odontologia e previstos em legislação aplicável.

Fica o profissional/Clínica acima registrado, entretanto, obrigado a não mais usar os dados e,
sendo aplicável e possível, a remover eventuais publicações neste ato autorizadas, se vier eu, a
qualquer tempo, a usar da prerrogativa de revogação desta autorização.

Em manifestação autônoma de consentimento, de forma livre e esclarecida, firmo o presente, na
forma da Lei 13.709, de 14 agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Local e data.

Assinatura do Paciente

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS, IMAGEM E VOZ (PACIENTE MENOR)

Eu, _____ (nome completo),
brasileiro(a), _____ (estado civil), RG de nº _____ - Órgão
Expedidor _____, CPF/MF de nº _____, residente e
domiciliado(a) na _____

RESPONSÁVEL LEGAL pelo(a) paciente menor

_____ (nome completo),
RG de nº _____ - Órgão Expedidor _____, CPF/MF de nº _____,
venho, por meio deste termo, espontânea e livremente,

AUTORIZAR o uso de dados do Prontuário Odontológico do menor acima qualificado, bem como
de suas imagens, áudios, vídeos, relativos ao tratamento odontológico a que se submete com o
Cirurgião-dentista/Clínica _____, para fins diversos de
divulgações de assuntos odontológicos, em específico,

_____ (especificar os
meios em que haverá a divulgação/publicação dos dados/do caso clínico), abdicando de qualquer
direito ou remuneração pelo uso destes registros, tendo a mim sido garantido que o
profissional/estabelecimento sempre observará os preceitos éticos e legais vigentes, relativos à
Odontologia e previstos em legislação aplicável.

Fica o profissional/Clínica acima registrado, entretanto, obrigado a não mais usar os dados e, sendo aplicável e possível, a remover eventuais publicações neste ato autorizadas, se vier eu, como Responsável Legal, a qualquer tempo, a usar da prerrogativa de revogação desta autorização.

Em manifestação autônoma de consentimento, de forma livre e esclarecida, firmo o presente, na forma da Lei 13.709, de 14 agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Local e data.

Assinatura do Paciente