SOCKET SCIENCE · TEMPLATE

Termo de autorização de uso de fotografias e vídeos clínicos

Fotografias e vídeos clínicos nos ajudam a planejar e documentar o seu tratamento. Alguns também podem ser úteis para ensino, publicações ou informações sobre a nossa clínica. Você decide quais usos autoriza. Recusar qualquer uso não afetará o seu tratamento.

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____

Clínica: _____ Cirurgião-dentista: _____

1. Imagens que podem ser feitas

☐ Fotografias intraorais
☐ Fotografias do rosto e do sorriso
☐ Gravações em vídeo do tratamento
☐ Radiografias e escaneamentos 3D

2. Autorizo o uso das minhas imagens para

1. Meu prontuário e planejamento do tratamento	☐ Sim	☐ Não
2. Ensino de profissionais e estudantes	☐ Sim	☐ Não
3. Apresentações em eventos científicos	☐ Sim	☐ Não
4. Publicação em revistas ou livros científicos	☐ Sim	☐ Não
5. O site da clínica	☐ Sim	☐ Não
6. As redes sociais da clínica	☐ Sim	☐ Não
7. A publicidade da clínica	☐ Sim	☐ Não

3. Identificação

☐ Podem ser usadas imagens em que eu possa ser identificado(a) (por exemplo, rosto inteiro)
☐ Só podem ser usadas imagens em que eu não possa ser identificado(a)

4. Armazenamento

As imagens são armazenadas com segurança como parte do seu prontuário, de acordo com a LGPD. Quando usadas fora do atendimento, nomes e dados identificáveis serão removidos sempre que possível.

5. Revogação

Você pode revogar esta autorização a qualquer momento, por escrito. Interromperemos novos usos e retiraremos as imagens do nosso site e redes sociais. Materiais já impressos ou publicados por terceiros podem não ser recuperáveis.

6. Se o paciente for criança ou adolescente

Nome do responsável legal: _____ Parentesco com o paciente: _____

☐ A criança foi consultada e concorda

_____ _____ _____

Paciente · Assinatura / Data | Responsável legal · Assinatura / Data | Cirurgião-dentista · Assinatura / Data

Modelo da Socket Science (socketscience.doctor). Adapte à LGPD, à Resolução CFO 196/2019 e às normas do seu CRO antes de usar.