**Consentimento para publicação de imagens de pacientes**

Nome Completo:   
Nacionalidade:   
Profissão:   
RG:   
CPF:   
Endereço:   
Nome do Responsável Legal:\*   
*(Para o caso de incapaz)*  
Grau de Parentesco: 

Nome do Médico: 

Objeto: Fotografias da OUTORGANTE datadas de  (descrever fotografias inserindo diagnóstico). Neste ato, a título gratuito, autorizo, por prazo indeterminado e sem limites de território, a SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, inscrita no CNPJ/MF sob o número 42174094/0001-65 a reproduzir a minha imagem fixada nas fotos, objeto desta autorização, para publicação na sua revista científica intitulada “Anais Brasileiros de Dermatologia”, bem como em qualquer canal e/ou plataforma na qual a revista seja publicada, sem limite de tiragem, e para todos os fins científicos e educacionais aqui não expressamente mencionados.

Declaro que tenho ciência e que concordo que minhas feições possam ficar visíveis, portanto reconhecíveis nas fotos a serem publicadas e utilizadas para todos os fins mencionados no parágrafo acima.

Entretanto, somente não autorizo a inclusão do meu nome em nenhuma das imagens a serem utilizadas pela SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA para os propósitos desta autorização.

Por fim, renuncio a quaisquer direitos relacionados à presente autorização para uso e publicação de minhas fotografias, isentando a SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA e seus integrantes profissionais de qualquer ação judicial que tenha como objeto esses mesmos direitos.

, 13/2/2020  
(Inserir local e data no documento)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ass  
Nome: 

Testemunhas

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nome:   
CPF: 

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nome:   
CPF: 

\* Se o paciente for menor ou inapto para conceder a permissão por escrito, por qualquer razão ou motivo, esta deverá ser obtida por um responsável em benefício do paciente.