

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção e utilização de imagens**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, residente à Av./Rua \_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consinto que o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens de mim, realize exames em equipamentos específicos para monitorar os sinais neurológicos a fim de orientar os médicos sobre o meu caso clínico. DECLARO ainda que o médico me explicou detalhadamente sobre como será o exame e esclareceu minhas dúvidas de forma que passei a compreender o modo de realização do exame e a necessidade de sua realização. Compreendo também que o tratamento dos dados pessoais serão realizados para a tutela da minha saúde, exclusivamente, por profissionais da saúde nos termos do artigo 7<sup>a</sup>, VIII da Lei 13.709/18.

Local \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura\*: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\*Pais ou responsáveis em caso de menores de idade (neste caso, adequar o texto)