



MODELO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM PELO CIRURGIÃO-DENTISTA

Paciente: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Autorizo, gratuita e espontaneamente, a utilização pelo Cirurgião Dentista de minhas imagens intra-orais e extra-orais, para as finalidades descritas a seguir:

Publicação em revistas científica. Exposição em congressos científicos. Utilização para fins publicitários, veiculados pela televisão.

A utilização deste material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte do cirurgião-dentista.

Cidade, Estado ___/___/___ às ____ :hs

Cirurgião-dentista – CRO

Assinatura Paciente