Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do documento de identidade no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável legal pelo menor, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho por meio desta autorizar:

A divulgação de

(X) dados clínicos

(X) exames de imagem

(X) fotos de rosto do meu filho

em

 (x) artigo científico de divulgação exclusiva no meio médico

 (x) aulas destinadas a médicos e profissionais da área de saúde

 ( ) páginas eletrônicas (Internet) destinadas a médicos exclusivamente

 ( ) páginas eletrônicas (Internet) destinadas a leigos

Eu estou ciente que esta autorização pode ser retirada a qualquer momento através da minha solicitação por escrito. E minha concordância não esteve vinculada a nenhuma coação por parte da equipe médica.

Data: \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: