

CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS PARA USO DE IMAGENS

Em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis, solicitamos seu consentimento para o uso de imagens e informações relacionadas ao(a) seu(sua) filho(a) em redes sociais, estritamente para fins educacionais e de divulgação profissional por parte do(a) odontopediatra.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome do paciente: _____ Idade: _____

Nome do pai ou responsável legal: _____ Relação com o paciente: _____

OBJETIVO DE USO

As imagens e informações serão usadas exclusivamente para: Divulgação de conteúdo educativo sobre saúde bucal nas redes sociais profissionais do odontopediatra, apresentações em congressos, seminários ou atividades acadêmicas, publicações digitais ou impressas destinadas a profissionais de saúde e ao público em geral, com finalidade informativa.

CONDIÇÕES DE USO

1. **Confidencialidade:** nenhum dado de identificação do paciente (nome completo, endereço, contato, etc.) será divulgado.
2. **Proteção da identidade:** as imagens serão editadas para proteger a identidade do paciente quando necessário (por exemplo, desfocando o rosto).
3. **Revogação do consentimento:** você tem o direito de revogar este consentimento a qualquer momento, mediante comunicação por escrito ao odontopediatra.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Li e compreendi os termos e condições descritos acima. Declaro que concordo com o uso das imagens e informações de meu filho nas condições especificadas.

- **Autorizo o uso de imagens e informações nas redes sociais profissionais do dentista pediátrico:** [☐] Sim [☐] Não
- **Autorizo o uso de imagens e informações em congressos, seminários ou atividades acadêmicas:** [☐] Sim [☐] Não
- **Autorizo o uso de imagens editadas para proteger a identidade do paciente:** [☐] Sim [☐] Não

LIMITAÇÕES DA AUTORIZAÇÃO

- Esta autorização **não permite** o uso das imagens para fins comerciais ou publicitários não expressamente mencionados neste documento.
- O consentimento pode ser revogado a qualquer momento, mediante notificação por escrito ao(a) odontopediatra, sem prejuízo das utilizações já realizadas com base neste documento.

DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL

- Declaro que recebi explicações claras sobre o uso das imagens e informações do(a) menor.
- Entendo que esta autorização é voluntária e que posso me recusar a assiná-la, sem qualquer prejuízo ao atendimento odontológico da criança.

Nome do paciente: _____ Nome do adulto responsável: _____

Relação (pai, mãe, guardião legal): _____ Documento de identidade (RG/ Passaporte): _____

Assinatura: _____ Fecha: _____

DECLARAÇÃO DO(A) ODONTOPEDIATRA

Eu, _____, odontopediatra responsável, comprometo-me a utilizar as imagens e informações fornecidas de acordo com os princípios éticos e legais vigentes, respeitando todas as condições estabelecidas neste termo de consentimento. Assinatura do(a) odontopediatra: _____

CRO (UF): _____ Data: _____

Este documento foi elaborado conforme recomendações éticas internacionais para a proteção da privacidade e dos direitos dos pacientes no ambiente digital.



ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ODONTOPEDIATRÍA