

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM

Paciente: _____

RG/CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Profissional Responsável: Dr(a). _____ CRO: _____

EU, AUTORIZO, de forma livre, informada, inequívoca e consciente, a captação, uso e o tratamento da minha imagem e/ou da imagem como paciente pela UNIODONTO/RS - Federação das Uniodontos do Rio Grande do Sul Ltda, CNPJ 72.120.124/0001-11, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), conforme os critérios abaixo:

1. DO OBJETO E FINALIDADE DO TRATAMENTO

O presente termo refere-se ao consentimento para a captação e uso de fotografias odontológicas, de forma gratuita, para fins exclusivos de auditoria odontológica, pela UNIODONTO/RS – Federação.

Declaro, desde já, estar ciente e de acordo com tal possibilidade, **autorizando e consentindo**, de forma livre, informada e inequívoca, a veiculação de tais imagens.

Estou ciente de que a autorização pode ser revogada a qualquer momento, mediante comunicação formal à Uniodonto Federação/RS, sem prejuízo das imagens já utilizadas.

2. SEGURANÇA E COMPARTILHAMENTO

- As imagens serão armazenadas em sistemas protegidos e utilizadas por período razoável, conforme a finalidade descrita;
- A instituição se compromete a não realizar a manipulação indevida, montagens constrangedoras ou divulgação que possa causar dano à honra, reputação ou intimidade do(a) paciente.

3. DISPOSIÇÕES FINAIS

Nos termos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD) autorizo o compartilhamento de dados pessoais sensíveis, abrangendo a captação e uso de imagem em fotografia, vídeo ou qualquer outro meio de registro visual, em território nacional e internacional, sem limitação de tempo, desde que respeitados os termos deste documento.

Declaro estar ciente e de acordo em utilizar e reconhecer como válida a forma de comprovação de autoria e integridade aos termos ora acordados em formato eletrônico, mesmo que não utilizem de certificado digital emitido no padrão ICP-Brasil, nos termos do art. 10, § 2º, da Medida Provisória n. 2.200-2/2001. Reconheço que a formalização deste instrumento de maneira eletrônica admitida nesta cláusula será suficiente para a validade, eficácia e integral vinculação aos termos aqui expressos.

Porto Alegre, ____ de _____ de 202__.

**Assinatura do(a) Paciente
ou Representante Legal**