

**AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES IDENTIFICÁVEIS EM  
TRABALHOS CIENTÍFICOS  
1ª VIA – PACIENTE**

Título do trabalho:

Autor principal:

Eu, \_\_\_\_\_ (inserir nome completo),  
CPF \_\_\_\_\_, autorizo a apresentação das minhas imagens/fotos para a  
Apresentação de Trabalho Científico no **34ª Congresso Brasileiro de Cirurgia  
Dermatológica – CBCD 2024** e nas publicações associadas, a ser realizado no período de 30  
de maio a 02 de junho de 2024, na cidade de Curitiba/PR.

Confirmo que vi o material a ser submetido ao Congresso.

Eu entendo o seguinte:

- As Informações serão publicadas sem meu nome. Eu entendo que esse anonimato completo não pode ser garantido e alguém pode ser capaz de me reconhecer.
- As Informações podem ser publicadas em meios de comunicação, que podem ser divulgados mundialmente. Leitores incluem médicos, mas também outros públicos, incluindo jornalistas.
- As Informações serão colocadas no *site* do Congresso.
- As Informações também podem ser utilizadas total ou parcialmente em outras publicações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica.
- Posso revogar meu consentimento a qualquer momento antes da publicação, mas após a informação ter sido publicada, não será possível revogar o consentimento.
- Não receberei nenhuma compensação, financeira ou de outra natureza, pelo uso das informações.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES IDENTIFICÁVEIS EM  
TRABALHOS CIENTÍFICOS  
2ª VIA – MÉDICO**

Título do trabalho:

Autor principal:

Eu, \_\_\_\_\_ (inserir nome completo),  
CPF \_\_\_\_\_, autorizo a apresentação das minhas imagens/fotos para a  
Apresentação de Trabalho Científico no **34ª Congresso Brasileiro de Cirurgia  
Dermatológica – CBCD 2024** e nas publicações associadas, a ser realizado no período de 30  
de maio a 02 de junho de 2024, na cidade de Curitiba/PR.

Confirmo que vi o material a ser submetido ao Congresso.

Eu entendo o seguinte:

- As Informações serão publicadas sem meu nome. Eu entendo que esse anonimato completo não pode ser garantido e alguém pode ser capaz de me reconhecer.
- As Informações podem ser publicadas em meios de comunicação, que podem ser divulgados mundialmente. Leitores incluem médicos, mas também outros públicos, incluindo jornalistas.
- As Informações serão colocadas no *site* do Congresso.
- As Informações também podem ser utilizadas total ou parcialmente em outras publicações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica.
- Posso revogar meu consentimento a qualquer momento antes da publicação, mas após a informação ter sido publicada, não será possível revogar o consentimento.
- Não receberei nenhuma compensação, financeira ou de outra natureza, pelo uso das informações.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_