



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### USO DE IMAGEM DA LESÃO

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente o disposto no artigo 20, Lei nº 10.406 de 10 de Janeiro de 2002, que dá plena autorização **AUTORIZA USO DA IMAGEM DA LESÃO**, pelo Grupo Interdisciplinar de Cuidados Cutâneos - GICC do Hospital Unimed Noroeste/RS, a fim de documentar caso clínico, através de fotografias e filmagens de vídeo, com o objetivo de coletar dados para embasar as ações de sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas e acompanhamento da terapia tópica através de fotografias que serão realizadas periodicamente da lesão, e apenas do local da lesão, do início até o final do tratamento.

Em face dos esclarecimentos prestados, após ter lido e compreendido todas as informações do presente Termo, cientificado(a) do uso de imagem, o paciente informa seu **CONSENTIMENTO** para o uso do material vídeo-fotográfico, sendo que este se dá de forma voluntária, livre de custo e sem ônus, desde que seja preservada a sua imagem e identificação.

Ijuí/RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente e/ou responsável

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_