

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA FOTODOCUMENTAÇÃO**

Nome do Utente: CLARA ANA CANEIRAS CRISTO

Data de nascimento: 22 / 04 / 2008      NP: 401118878

Nome do Médico: Sofia Moeda

Representante (quando aplicável):

Nome: Bruno Carlos Duro Almeida Cristo (pai)  
Identificação Nº: 10596872 BI      Cartão Cidadão  Passaporte      Outro       
Data de validade do Documento de Identificação: 30/03/22

No decorrer do internamento, permiti à Dra Sofia Moeda fotografar as lesões da minha filha. Fui informado(a) e esclarecido(a), em linguagem que entendi, que os registos fotográficos serão arquivados em suporte informático, aos quais apenas médicos têm acesso e que serão utilizados apenas para fins clínicos.

Declaro que autorizo o registo fotográfico das lesões para integrar artigo científico para publicação em revista científica, recorrendo-se a métodos que não permitem a identificação do doente.

Data: 28/04/2017 Assinatura do Utente (ou Representante) Bruno Ct