



ARS NORTE

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA

GRAVAÇÃO DE IMAGENS EM FOTOGRAFIA OU VÍDEO

Confirmando que expliquei ao utente, doente ou seu representante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. As gravações destinam-se a ficar disponíveis para comparação com outras, futura ou anteriormente realizadas, permitindo avaliar com mais fidelidade a evolução de sinais da observação clínica; ou a ser exibidas em reuniões científicas ou no ensino ou formação profissional. Em qualquer caso, é garantido que há ocultação de dados de identificação da pessoa e, a não ser que expressamente o autorize, não será exibida a sua face. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte os cuidados a prestar à pessoa.

Nome legível do profissional de saúde responsável pela proposta:

Data 10/05/16 Assinatura [assinatura]

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do acto indicado nas condições em que me foram explicadas.

[assinatura] (local), 10/05/16 (data)

Assinatura X [assinatura]

Se não for o próprio a assinar:

Nome: [assinatura] BI/CD Nº: 13658241 datado de 27/4/2020, validade [assinatura]

Grau de parentesco ou tipo de representação: tia mantinha representante legal

Assinatura X [assinatura]