



**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 **35º Congresso Brasileiro de Cirurgia Dermatológica
– CBCD 2025** e nas publicações associadas, a ser realizado no período de 24 a 27 de abril de
2025, na cidade de Salvador/BA.

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 **35º Congresso Brasileiro de Cirurgia Dermatológica
– CBCD 2025** e nas publicações associadas, a ser realizado no período de 24 a 27 de abril de
2025, na cidade de Salvador/BA.

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: _____