

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____ RG _____

CPF _____, residente à _____

_____ Cidade _____

Estado ____ CEP _____ autorizo o cirurgião dentista Dr(a). _____

_____, CRO _____ a utilizar as imagens obtidas

durante documentação do meu tratamento odontológico (antes, durante e após a conclusão do mesmo), sejam elas digitalizadas ou impressas, para a finalidade de registros, documentação odontológica, pesquisas, cursos, publicações em livros, revistas científicas, álbuns, aulas, congressos, galerias e/ou fóruns odontológicos.

Local _____ Data _____

Assinatura do paciente ou responsável _____

TESTEMUNHA: _____

TESTEMUNHA: _____

AUTORIZAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA

Eu, _____ CRO _____
RG _____ CPF _____, residente à _____
_____ Cidade _____ Estado _____
CEP _____ **autorizo a SBOE** (Sociedade Brasileira de Odontologia Estética)
a utilizar as imagens obtidas durante documentação do tratamento odontológico do
paciente _____, RG _____
CPF _____, residente à _____
Cidade _____ Estado _____ CEP _____ sejam elas digitalizadas
ou impressas, para a finalidade de registros, documentação odontológica, pesquisas,
cursos, publicações em livros, revistas científicas, álbuns, aulas, congressos, galerias, sites
e/ou fóruns odontológicos.

Local _____ Data _____

Assinatura do Cirurgião dentista _____ CRO _____

Assinatura do paciente ou responsável _____

TESTEMUNHA: _____

TESTEMUNHA: _____