**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM / ÁUDIO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, permito que sejam realizadas (**fotografias, gravações de áudio e/ou vídeo, radiografias etc)** de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada **(Inserir o título da pesquisa)**, desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **(Pesquisador Responsável),** e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos, sendo a mim possível solicitar a remoção dos materiais a qualquer momento, sem prejuízo atendendo a Lei Nº13,709/2018.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

NÚMERO DO TELEFONE:

ENDEREÇO:

ASSINATURA DO PESQUISADOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome por extenso do Participante de Pesquisa:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_