

## AUTORIZAÇÃO DE CESSÃO DE IMAGEM PACIENTE TRABALHOS CIENTÍFICOS

Eu, \_\_\_\_\_, CPF sob nº \_\_\_\_\_ autorizo a apresentação das minhas imagens/fotos para o Apresentação do Trabalho Científico no 33ª Congresso Brasileiro de Cirurgia Dermatológica e outras publicações científicas, a ser realizado no período de 20 a 22 de abril de 2023.

Sem mais,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

Nome Paciente:

\_\_\_\_\_

Nome Médico: