

DECLARAÇÃO

EU, (NOME E QUALIFICAÇÃO COMPLETA- RG, CPF, data de nascimento, nacionalidade, profissão, estado civil e endereço) DECLARO QUE FUI INFORMADO(A) QUE OS DADOS MÉDICOS E EXAMES REGISTRADOS EM MINHA FICHA PODERÃO SER UTILIZADOS SOB FORMA DE UM CASO CLÍNICO PARA SER INSERIDO NA ÁREA DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM), PODENDO SER USADO EM AULA, PALESTRA OU CONGRESSO DE MEDICINA, PUBLICAÇÃO EM JORNAL OU REVISTA DE MEDICINA, DIVULGAÇÃO EM RÁDIO OU TELEVISÃO, OU QUALQUER OUTRO QUE POSSA INTERESSAR À DIVULGAÇÃO DO CASO MÉDICO.

ESTOU DE ACORDO COM ESSA UTILIZAÇÃO DESDE QUE SEJAM MANTIDOS EM SIGILO OS DADOS QUE PERMITAM MINHA IDENTIFICAÇÃO PESSOAL.

RIO DE JANEIRO,DEDE

.....

ASSINATURA