

**AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM
PELO CIRURGIÃO-DENTISTA NO PRONTUÁRIO
VIRTUAL DA DENTAL UNI**

Paciente:

Código:

Autorizo, gratuita e espontaneamente, a utilização pelo Cirurgião Dentista de minhas imagens intra- orais e extra-orais, para as finalidades descritas a seguir:

- Utilização para fins de registro no prontuário virtual da Dental Uni.
- A utilização deste material não gera nenhum compromisso de resarcimento, a qualquer preceito, por parte do cirurgião-dentista.

Data: / /

Cirurgiã(o)-dentista – CRO

Assinatura Paciente