Termo de consentimento para uso de imagem de paciente em comunicação médica

Base: Resolução CFM nº 2.336/2023 (art. 14) e Lei nº 13.709/2018 (LGPD, arts. 7º, 8º, 11 e 18). Campos entre colchetes são preenchidos pelo(a) médico(a). Modelo de referência: recomenda-se a revisão por advogado(a) de confiança.

1. Partes

Paciente (titular dos dados): _____

CPF: _____ Telefone ou e-mail para contato: _____

Responsável legal (se o paciente for menor de idade ou não puder consentir sozinho): _____ CPF: _____

Médico(a) responsável: [nome completo], CRM [nº/UF], RQE [nº], com atendimento em [endereço do consultório ou clínica], doravante "MÉDICO(A)".

Agência contratada pelo(a) médico(a): CF MARKETING DIGITAL LTDA (CF Marketing Médico), CNPJ 35.896.335/0001-14, com sede na Rua Filadélfia, 136, conj. 401, São João, Porto Alegre/RS, doravante "AGÊNCIA", que presta ao(à) MÉDICO(A) os serviços de comunicação e marketing médico.

2. O que está sendo autorizado

Autorizo o uso das imagens abaixo, captadas por mim ou pela equipe do(a) MÉDICO(A), inclusive fotos que eu mesmo(a) enviar:

☐ Fotos de **antes e depois** do procedimento ou tratamento: _____

☐ Vídeo(s) de acompanhamento ou depoimento

☐ Outras: _____

Data(s) ou período das imagens: _____

3. Para que as imagens serão usadas

As imagens serão usadas **somente com finalidade educativa**, para informar a população sobre o procedimento, suas indicações, os fatores que influenciam o resultado e as possíveis complicações, como exige a Resolução CFM nº 2.336/2023.

Autorizo a publicação nos canais **do(a) MÉDICO(A)** marcados abaixo:

☐ Instagram ☐ Facebook ☐ TikTok

☐ YouTube ☐ Site e blog ☐ Perfil da empresa no Google

☐ Materiais impressos ☐ Anúncios pagos nesses canais

4. Participação da agência

Entendo e autorizo que o(a) MÉDICO(A) compartilhe estas imagens com a AGÊNCIA, que atua **em nome e sob as instruções do(a) MÉDICO(A)** (operadora de dados, nos termos da LGPD), apenas para:

- receber e guardar as imagens com segurança;
- preparar as peças (diagramação, legenda e texto educativo);
- publicar e gerenciar as publicações nos canais autorizados no item 3.

A AGÊNCIA **não pode** usar as imagens para nenhum outro fim, nem repassá-las a terceiros, salvo as plataformas onde a publicação foi autorizada.

Uso pela agência em material próprio (opcional, marque só se concordar):
☐ Autorizo também a AGÊNCIA a usar estas imagens, **sem qualquer identificação minha e do(a) médico(a)**, como exemplo de trabalho em apresentações e no portfólio da própria agência.

5. Como minha imagem será protegida

1. **Anonimato.** Meu nome nunca será divulgado. As imagens não mostrarão meu rosto nem qualquer sinal que me identifique (tatuagens, marcas, joias, ambiente), salvo se o procedimento for no rosto; nesse caso, só será publicada a região tratada, com o restante coberto ou recortado.
2. **Sem retoque.** As imagens não terão filtros, retoques, maquiagem digital ou qualquer alteração que melhore o resultado. Só são permitidos recortes e coberturas para garantir o anonimato.
3. **Pudor e privacidade.** Imagens de áreas íntimas não serão publicadas.
4. **Conjunto completo.** Quando houver antes e depois, a publicação seguirá a regra do CFM: texto educativo junto e apresentação honesta da evolução, sem promessa de resultado.

6. Dados sensíveis e meus direitos (LGPD)

Sei que imagens ligadas a um tratamento de saúde são **dados pessoais sensíveis**. Por isso, este consentimento é dado de forma específica e destacada, apenas para as finalidades acima.

Tenho direito, a qualquer momento e sem custo, a: saber quais imagens minhas estão guardadas e onde foram publicadas; pedir correção; e **revogar** este consentimento.

7. Prazo e revogação

Esta autorização vale por **24 (vinte e quatro) meses** a partir da assinatura, ou até eu revogar, o que acontecer primeiro.

Para revogar, basta avisar o(a) MÉDICO(A) por escrito, inclusive por WhatsApp ou e-mail: [contato do consultório]. Após o aviso, em até **15 (quinze) dias**, o(a) MÉDICO(A) e a AGÊNCIA removem as publicações dos canais que controlam e deixam de usar as imagens. A revogação não torna irregular o uso feito antes dela.

Ao fim do prazo ou após a revogação, a AGÊNCIA apaga as cópias que tiver. O(A) MÉDICO(A) mantém no prontuário apenas o que a lei exigir.

8. Outras condições

- Esta autorização é **gratuita** e não cria vínculo de trabalho nem obrigação de pagamento entre as partes.
- Recusar ou revogar este termo **não altera em nada o meu atendimento**.
- Recebi uma cópia deste termo.

[Cidade], _____ de _____ de 20_____.

Paciente (ou responsável legal)

Médico(a) [nome] · CRM [nº/UF]