**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE DADOS**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,portador do documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado, dou plenos direitos para que, todas as informações referentes ao planejamento e/ou tratamento, bem como os resultados de testagem, tenham uso didático ou de divulgação científica (jornais, revistas, periódicos, congressos, seminários, etc), respeitados os respectivos códigos de ética.

Declaro que fui informado (a) que terei respeitado meu direito ao sigilo relativo à minha doença, e, portanto não serão revelados quaisquer dados pessoais ou que me identifiquem individualmente em tais trabalhos de pesquisa, sendo garantida a confidencialidade das informações geradas e minha privacidade.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para utilização destes dados.

Alfenas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ .

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

Assinatura do paciente ou responsável legal