**Modelo de Consentimento Informado para Casos Clínicos**

Eu, [Nome do Paciente ou Responsável Legal], abaixo assinado, declaro que autorizo o uso das informações clínicas e pessoais relacionadas ao meu tratamento ou ao tratamento do paciente mencionado, para fins acadêmicos, como artigos científicos, comunicações orais e afins.

Eu entendo que:

* O conteúdo refere-se ao tratamento, histórico médico, avaliações psicológicas, sintomas e resultados do tratamento do paciente.
* A identidade do paciente será mantida de forma confidencial, e as informações serão apresentadas de forma que não permita a identificação direta do paciente. No entanto, reconheço que informações específicas sobre meu histórico médico e tratamento podem permitir que pessoas próximas identifiquem minha identidade.
* O conteúdo será usado apenas para fins educacionais e de pesquisa, e não será utilizado para fins comerciais ou outros fins não autorizados.
* Este consentimento é voluntário, e tenho o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento sem qualquer consequência para o meu tratamento ou relação com os profissionais de saúde envolvidos.

Este consentimento terá validade indefinida e se aplicará a quaisquer futuras revisões ou versões do conteúdo.

Cidade, estado, data

Assinatura:

Nome (em letra de forma):

Endereço:

E-mail:

Telefone: