**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Neste ato, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comprometo-me a preservar os dados pessoais dos pacientes do Grupo Orizonti, bem como as informações privadas da Instituição, no tocante a exposição de imagens e/ou vídeos de procedimentos médicos durante o desempenho de cursos e palestras, ciente de que é direito do paciente a privacidade pessoal no decorrer da realização dos tratamentos.

Compreendo que seja de minha responsabilidade manter as informações e dados de registros clínicos sob sigilo, impedindo o acesso de terceiros. Considerando o meu dever de manter a individualidade e integridade de todos os pacientes, comprometo-me a manter a privacidade dos dados coletados e das informações pessoais destes, resguardando-os o sigilo de sua identidade.

Declaro entender que seja de minha responsabilidade a proteção à integridade das informações e à garantia da confidencialidade dos dados, preservando a privacidade dos indivíduos, cujos procedimentos sejam expostos por meio de imagens e/ou vídeos.

Do mesmo modo, certifico a anuência dos pacientes no que tange a exposição de seus procedimentos médicos por meio das imagens e/ou vídeos exibidos, mediante o recolhimento de assinatura em Termo de Consentimento.

Outrossim, obrigo-me a não compartilhar os dados particulares da Instituição, ou parte deles, a terceiros que não integrem a equipe do Grupo Orizonti.

Por fim, comprometo-me a guarda, cuidado e utilização das imagens e vídeos apenas para cumprimento dos objetivos profissionais, científicos e didáticos expressamente autorizados pela Instituição e respectivo paciente. Assim, qualquer outra finalidade em que eu tenha acesso à estas informações deverão ser submetidas à prévia apreciação.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura