



**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor
Disciplina: Fisioterapia Aplicada À Ortopedia E Traumatologia



Autorização do Uso da Imagem

Eu, _____, paciente do Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP/USP, autorizo a utilização de minhas imagens para fins didáticos do Curso de Fisioterapia da FMRP-USP.

Data: ____/____/____

Nome completo: _____

Assinatura: _____