TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RELATO DE CASO

- ✓ **O documento deve ser elaborado em duas vias;**
- ✓ **O participante deve fazer uma rubrica em todas as páginas do documento.**

Obrigada pelo seu interesse em participar do relato de caso "**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**".

Pesquisador responsável: **(Nome do Professor Orientador)**

Pesquisador assistente: **(Nome dos demais pesquisadores envolvidos)**

____

Telefones de Contato: (   ) __________-______________

Endereço:

____

____

____

O Sr (a) **XXXXXXXXXXXXXXXXX** está sendo consultado (a) no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos, laboratoriais, imagens fotográficas e lâminas histológicas de seu caso clínico que se encontram em sua ficha de prontuário (médico, odontológico, fisioterapêutico, de enfermagem) para finalidades científicas (apresentação em congressos ou publicação do caso em revista científica como) "Relato de caso". Nosso objetivo será o de discutir as características de sua doença em meio científico, em função das particularidades de apresentação de sua doença, metodologia de diagnóstico e tratamento utilizado. **Inserir os riscos e benefícios**. A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na

forma em que é atendida pelos médicos assistentes e pesquisadores. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra. não será identificada em nenhuma publicação. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida à Sra.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) a respeito do objetivo deste estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais de meu caso. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

CONSENTIMENTO

Declaro que li e entendi a informação contida acima e que todas as dúvidas foram esclarecidas.

Desta forma, eu _____ concordo em participar deste estudo.

_____

Assinatura do voluntário

_____

Assinatura do pesquisador principal

_____

Assinatura da testemunha

Juiz de Fora, ___/ ___/ _____

Em caso de dúvida de caráter ético, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA

Endereço: Alameda Salvaterra, nº 200 bairro Salvaterra, CEP 36.033-003 – Juiz de Fora - MG

Horário de funcionamento: 7h00 às 16h00 horas de segunda a sexta

Telefone: (32) 21015015