Pesquisador Responsável:

Endereço:

CEP:

Telefone:

E-mail:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor (a) está sendo consultado (a) no sentido de autorizar o registro para publicação científica de dados de história clínica, exames complementares e/ou histopatológicos relacionados à doença **(inserir nome da doença e adaptar os dados coletados conforme a pesquisa/ tratamento)**, desde a sua primeira consulta, até o seu último dia de seguimento no **(inserir o nome do local – ambulatório, clínica, hospital, etc.)**. Nosso objetivo é relatar o caso sob o título provisório **(incluir título em português igual ao cadastrado na Plataforma Brasil)**. Neste relato pretendemos realizar uma discussão aprofundada a respeito dos seguintes aspectos encontrados: **(inserir a motivação do relato)**.Além disso, será realizada revisão da literatura para comparação dos dados do seu caso com outros semelhantes já relatados. Este relato contribuirá para divulgar no meio científico **(incluir a importância do relato).** Os riscos envolvidos neste tipo de relato são mínimos, tendo em vista que vamos tratar os dados constantes de sua ficha médica com rigor ético, preservando o sigilo das informações e garantindo a preservação de sua identidade e utilizando as informações clínicas e exames complementares somente para os fins acadêmicos e científicos, desta forma atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde). Na publicação deste relato, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta da publicação em meio científico de sua doença, o Senhor tem assegurado o direito a indenização. O Senhor (a) será esclarecido (a) sobre a proposta de publicação em qualquer aspecto que desejar e estará livre para autorizar ou retirar a autorização, retirando seu consentimento a qualquer momento. A sua autorização é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Senhor (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O artigo, quando encaminhado à publicação, estará à sua disposição. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados, imagens e laudos utilizados na elaboração deste relato ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no setor de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(inserir o local)** e a outra será fornecida ao Senhor (a).

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do relato de minha doença, através do título provisório: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(incluir título em português igual ao cadastrado na Plataforma Brasil)**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de autorizar publicação se assim o desejar.

Declaro que autorizo a publicação do relato. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

**“LOCAL”**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

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

Nome e assinatura do (a) paciente Data

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

Nome e assinatura do (a) pesquisador responsável Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPAC:

Rodovia MG 338, Km 12 - Colônia Rodrigo Silva, Reitoria   
CEP.: 36.201-143 - Barbacena - MG

Telefone: (32) 3339-4994

E-mail: [cep\_barbacena@unipac.br](mailto:cep_barbacena@unipac.br)