

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor (a) está sendo convidado (a) a autorizar o registro para publicação de um relato de caso científico sobre as informações de sua história clínica, exames de sangue e/ou radiológicos e/ou histopatológicos relacionados às suas condições de saúde **(citar apenas o que for realmente analisado no relato de caso)**. O objetivo é relatar o caso sob o título **(inserir título em português)**. Neste relato pretende-se 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 para revista científica ou publicação em evento científico)**. 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 o sigilo de seu nome e utilizando as informações clínicas e exames complementares somente para os fins acadêmicos e científicos, desta forma atendendo a legislação brasileira (Lei 14.874/24, Resolução Nº 466 de dezembro de 2012 e Carta Circular 166/2018 do Conselho Nacional de Saúde). Na publicação deste relato, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, mas se por ventura houver, serão ressarcidas pelo pesquisador responsável. 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 **(informar quem será o responsável pela 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 e pelo serviço de saúde. 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, caso não estejam disponíveis no prontuário do hospital, 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 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: **(inserir título em português)**, 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.

Ubá, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do (a) paciente

Data

Nome e assinatura do (a) pesquisador

Data

Nome e assinatura da testemunha

Data

Pesquisador responsável:

Endereço completo: (pode ser endereço profissional)

Contato telefônico: (inserir número pessoal)

E-mail: (inserir e-mail pessoal)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do UNIFAGOC – CEP/UNIFAGOC

Rua Dr. Adjalme da Silva Botelho, nº 20, 2º andar do bloco B, sala 004.1, campus UNIFAGOC,
Seminário, Ubá/MG CEP:36506 - 022

Contato: (32) 3539 5600 ramal: 287 E-mail: cep@unifagoc.edu.br