## 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.

Obrigado (a) pelo seu interesse em participar do relato de caso

Pesquisador responsável: (Nome do Professor Orientador) Pesquisador assistente: (Nome dos demais pesquisadores envolvidos)		
Telefones de Contato: ( )		
Endereço:		

O Sr (a) XXXXXXXXXXXXXXXX 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 Sr(a). não será identificado(a) 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 Sr(a).

Eu,, portad	lor (a) do documento de Identidade
fui informado (a) a res	peito do objetivo deste estudo, de
maneira clara e detalhada e esclareci mi	nhas dúvidas. Sei que a qualquer
momento poderei solicitar novas informaçõ	es. 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.	
CONSENTIM	ENTO
Declaro que li e entendi a informação contid	la acima e que todas as dúvidas
foram esclarecidas.	
Desta forma, eu	concordo em
participar deste estudo.	
Assinatura do	o voluntário
Assinatura do	pesquisador principal
Assinatura da	testemunha
c~	
São José dos Campos,//	
Em caso de dúvida de caráter ético, entrar e em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médi Humanitas	
Tramamas	
Endereço: Avenida Isaur de Pinho Nogueira, Campos, SP, CEP: 12.220-061	5900, Vila Tatetuba, São José dos
Horário de funcionamento: 7h00 às 16h00 h	oras de segunda a sexta Telefone:

(12) 2012 6650