TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa:** “.................................................................................”

# **Nome dos Pesquisadores:** .................................................................................

**Nome do Orientador:** .................................................................................

1. **Natureza da pesquisa**: a (o) sra (sr.) está sendo convidada (o) a permitir que o seu caso clínico (sua doença) seja publicado(a) pelos pesquisadores acima mencionados, na forma de relato de caso.
2. **Participantes da pesquisa**: a (o) sra. (sr.) é a (o) única (o) participante deste trabalho. OU além da (o) sra. (sr.), mais (...) pessoas participam deste relato de caso.
3. **Envolvimento na pesquisa**: ao participar deste estudo a (o) sra. (sr) permitirá que os pesquisadores acima publiquem os dados sobre o seu caso clínico (sua doença). A (O) sra. (sr.) tem liberdade de se recusar a permitir que seu caso seja publicado e ainda se recusar a continuar participando até que o trabalho seja publicado, sem qualquer prejuízo para a (o) sra. (sr.). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre este trabalho através do telefone dos pesquisadores. Se necessário, poderá pedir esclarecimentos através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa, que é o órgão que avalia se não há problemas na realização de uma pesquisa com seres humanos.
4. **Riscos e desconforto**: a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, contudo, não exclui a possibilidade de haver riscos mínimos ao participante que toda pesquisa esta sujeita (por exemplo, vazamento de dados), sendo que os pesquisadores responsáveis tomarão todos os cuidados necessários para evitá-los. O (A) sr. (sra.) não será submetido a nenhum risco ou desconforto durante a pesquisa, pois apenas será relatado o que já aconteceu sobre sua doença. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Carta Circular nº. 166/2018 CONEP/SECNS/MS. Esta pesquisa não oferece riscos à sua dignidade. (No caso de riscos indiretos, considerar as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual)
5. **Confidencialidade**: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente os pesquisadores e o orientador terão conhecimento dos dados. (No caso de uso de imagem do paciente, descrever neste item a solicitação da autorização do uso de imagem e o compromisso dos pesquisadores com a confidencialidade e proteção do participante)
6. **Benefícios**: ao participar desta pesquisa a (o) sra. (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre (....), de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa (....), onde pesquisador se compromete a divulgar o (s) caso (s) clínico na literatura científica.
7. **Pagamento**: a (o) sra. (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

**Página 1 /2**

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir o relato de seu caso clínico. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a divulgação de meu caso clínico.

**Obs.:** Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

#### DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

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

Assinatura do Participante da Pesquisa

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

Assinatura do Pesquisador

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

Assinatura do Orientador

**Pesquisador:** NOME E O TELEFONE PARA CONTATO

**Orientador:** NOME E O TELEFONE PARA CONTATO

EMAIL DO ORIENTADOR

ENDEREÇO DO ORIENTADOR

**CEP/UNOESTE** - Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNOESTE: Coordenadora: Prof. Dr. Crystian Bitencourt Soares de Oliveira/ Vice-Coordenadora: Profa. Dra. Maria Rita Guimarães Maia. Endereço do CEP: Coordenadoria de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (CPDI). UNOESTE - Campus II - Bloco B2 - 1º andar. Rodovia Raposo Tavares, Km 572 - Bairro Limoeiro-Presidente Prudente, SP, Brasil, CEP 19067-175 - Telefone do CEP: (18) 3229-2079 E-mail: cep@unoeste.br - Horário de atendimento do CEP: das 8h as 12h e das 13h30 as 17h.

**O Sistema CEP/Conep tem por objetivo proteger os participantes de pesquisa em seus direitos e contribuir para que as pesquisas com seres humanos sejam realizadas de forma ética.**

**Página 2 /2**