

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESTUDO DE CASO.

TÍTULO DO ESTUDO: _____

[INSERIR O TÍTULO DO ESTUDO AQUI]

PESQUISADOR(ES)

RESPONSÁVEL(EIS): _____

**[INSERIR O(S) NOME(S) COMPLETO(S) DO(S) PESQUISADOR(ES)
RESPONSÁVEL(EIS) AQUI]**

ENDEREÇO: _____

**[INSERIR O ENDEREÇO COMPLETO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL
AQUI]**

TELEFONE: _____

[INSERIR O(S) NÚMERO(S) DE TELEFONE PARA CONTATO AQUI]

E-MAIL: _____

[INSERIR O ENDEREÇO DE E-MAIL PARA CONTATO AQUI]

Prezado(a) Sr.(a).,

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo de caso, que tem como objetivo [Inserir o objetivo do estudo de forma clara e acessível]. Para isso, solicitamos sua autorização para a utilização de dados clínicos, laboratoriais e/ou de imagem (se aplicável) presentes em seu prontuário médico.

Nosso objetivo é [Explicar a relevância científica, social e/ou institucional do estudo]. A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar o uso dos seus dados não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma como você é atendido(a) pelos profissionais de saúde.

Os pesquisadores responsáveis por este estudo se comprometem a tratar sua identidade com o mais absoluto sigilo, seguindo padrões éticos e profissionais. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado, caso deseje consultá-lo.

Seu nome e qualquer material que possa indicar sua participação não serão divulgados sem sua expressa permissão. Em nenhuma publicação ou apresentação dos resultados deste estudo você será identificado(a).

Este termo de consentimento está impresso em duas vias: uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, _____
_____, portador(a) do RG nº _____
e CPF nº _____,

declaro que 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 e/ou de imagem (se aplicável) do meu caso para fins de pesquisa e publicação científica.

Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Caso eu tenha dúvidas adicionais, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável, através dos contatos fornecidos neste documento.

Declaração de Consentimento

Nome do participante ou responsável legal (se aplicável)

Assinatura do participante ou responsável legal (se aplicável)

Data: // _____

Eu, [Nome do pesquisador responsável], declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

Data: // _____

Local:
