**Folha 1**

**MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RELATO DE CASO**(Lembramos que cabe ao pesquisador adequar o presente termo de acordo com sua pesquisa)

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo do tipo Relato de Caso com o **TÍTULO** “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”.A proposta do presente documento é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

(OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS) O objetivo do Relato de Caso é (coloque o seu principal objetivo em linguagem acessível). O(s) procedimento(s) de coleta de material (dados) será(ão) através dos dados de seu prontuário.

**(GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO**)Ex.:Os resultados deste estudo poderão ser apresentados em reuniões e/ou publicações (revistas, congressos, jornais científicos e de circulação), contudo, sua identidade não será revelada durante essas apresentações.Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e reservados conforme normas da Resolução 466/12 das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os dados obtidos serão utilizados somente para fins acadêmicos, sendo armazenados por cinco anos e, após, serão destruídos.

**(DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS**)O estudo é caracterizado como de risco mínimo. Ao empregar técnica e método retrospectivo na coleta de dados de prontuário, o estudo não irá identificaro participante. Porém, ainda que os pesquisadores se comprometam com a proteção dos dados dos prontuários, há a possibilidade de exposição dos dados do participante, e a quebra de sigilo e confidencialidade de forma não intencional por parte do pesquisador.Os benefícios esperados são (colocar os benefícios diretos ou indiretos da pesquisa).

**(CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS)**Ex.: Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Você terá direito à indenização caso seja comprovado qualquer dano decorrente de sua participação.

**(RESOLUÇÃO 466/12)** Este estudo respeita todas as normas e diretrizes da Resolução 466/12 envolvendo Seres Humanos, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Rede Metropolitana de Assistência à Saúde Metropolitana(CoEP). Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentosquanto ao estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador principal, pelo telefone XXXX, endereço XXX. Se tiver alguma dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, você poderá entrar em contato com o CoEP/Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Rede de Assistência à Saúde Metropolitana: Av. D. Pedro I, no 65, 2o andar, sala 2, e-mail: coep@redemetropolitana.org.br, tel.: (44) 3264.8800, ramal 9171.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

**Folha 2**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo do participante do estudo) fui informado (a) dos objetivos do Relato de Caso acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. O(a) pesquisador(a) principal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e o(a) professor/preceptor(a) orientador(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei chamar/procuraro(a) pesquisador(a) principal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou aestudante/residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ou ainda procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Rede Metropolitana de Assistência à Saúde de Sarandi (CoEP).

Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e declaro que concordo em participar como voluntário desse estudo.

Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura (ou impressão dactiloscópica)

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

Nome do(s) pesquisador(es), telefone, e-mail