



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA - CCS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FUNDAMENTAL - CCEN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA

BMC  
DOF

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO

### VOLUNTÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

### LOCAL E DATA:

### NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:

\_\_\_\_\_  
(Nome por extensor)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA - CCS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FUNDAMENTAL - CCEN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA

BMC  
DOF

**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO  
VOLUNTÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_  
portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

**LOCAL E DATA:**

**NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:**

\_\_\_\_\_  
(Nome por extensor)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

**ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:**

\_\_\_\_\_  
1. Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
2.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA - CCS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FUNDAMENTAL - CCEN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA

DMC  
DQF

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO

### VOLUNTÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custos/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA:

NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:

(Nome por extensor)

(Assinatura)

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Testemunhas:

1.

2.





UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA - CCS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FUNDAMENTAL - CCEN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA

BMC  
DOF

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA:

NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:

(Nome por extensor)

(Assinatura)

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
Testemunhas:



**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO**

**VOLUNTÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

**LOCAL E DATA:**

**NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:**

\_\_\_\_\_  
(Nome por extensor)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

*Marina Alves de Rocha*

**ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:**

\_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
Testemunhas:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA - CCS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FUNDAMENTAL - CCEN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA

BMC  
DQF

**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO  
VOLUNTÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

**LOCAL E DATA:**

**NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:**

\_\_\_\_\_  
(Nome por extensor)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

**ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:**

\_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
Testemunhas:





UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA - CCS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FUNDAMENTAL - CCEN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA

BMC  
DOF

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_  
portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA:

NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:

(Nome por extensor)

(Assinatura)

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Testemunhas:

1.

2.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA - CCS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FUNDAMENTAL - CCEN  
PROGRAMA DE Pós-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE Pós-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA  
DMC DQF

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO  
VOLUNTÁRIO

Eu,

portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui

devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA:

NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:

(Nome por extensor)

(Assinatura)

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Testemunhas:

1.

2.





**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO  
VOLUNTÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador da  
carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_ declaro  
que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelo  
pesquisador – Dra. Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos,  
benefícios, custo/reembolso dos participantes e confidencialidade dos dados, concordando em  
participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer  
momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse  
Termo de Consentimento.

**LOCAL E DATA:**

**NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:**

\_\_\_\_\_  
(Nome por extensor)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

Testemunhas: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA - CCS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FUNDAMENTAL - CCEN  
PROGRAMA DE Pós-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE Pós-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA  
DMC DQF

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custos/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA:

NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:

(Nome por extensor)

(Assinatura)

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Testemunhas:

1.

2.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA - CCS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FUNDAMENTAL - CCEN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA  
DMC DQF

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO

### VOLUNTÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

### LOCAL E DATA:

### NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:

\_\_\_\_\_  
(Nome por extensor)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

\_\_\_\_\_  
Testemunhas: 1.

\_\_\_\_\_  
2.





UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA - CCS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FUNDAMENTAL - CCEN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA

BMC  
DQF

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO

### VOLUNTÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

### LOCAL E DATA:

### NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:

\_\_\_\_\_  
(Nome por extensor)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

### ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

\_\_\_\_\_  
1. Testemunhas:  
\_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_



**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO**

**VOLUNTÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_  
portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

**LOCAL E DATA:**

**NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:**

\_\_\_\_\_  
(Nome por extensor)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Testemunhas:

1.

2.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA - CCS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FUNDAMENTAL - CCEN  
PROGRAMA DE Pós-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE Pós-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA

DMC  
DQF

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO

### VOLUNTÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

### LOCAL E DATA:

### NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:

\_\_\_\_\_  
(Nome por extensor)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

### ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

\_\_\_\_\_  
Testemunhas:

1.

2.





UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA - CCS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FUNDAMENTAL - CCEN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA

DMC  
DQF

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO

### VOLUNTÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_  
portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

### LOCAL E DATA:

### NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:

\_\_\_\_\_  
(Nome por extensor)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

### ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

\_\_\_\_\_  
Testemunhas:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA - CCS  
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FUNDAMENTAL - CCEN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA

BMC  
DQF

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO

### VOLUNTÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade de nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores- Dra. Michele Godoy e/ou Dra Andrea Dória Batista- dos procedimentos que serão utilizados, riscos, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA:

NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO:

(Nome por extensor)

(Assinatura)

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Testemunhas:

1.

2.