

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA

E-MAIL: ARANTESFERREIRA@YAHOO.COM.BR

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. Jucelino da Silva Moreira está sendo consultado no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos e laboratoriais de seu caso clínico/cirúrgico e documentação radiológica que se encontram em sua ficha de prontuário médico, para apresentação do mesmo em encontro médico científico e publicação do caso em revista científica como "Relato de caso". Nosso objetivo é discutir as características de sua patologia em meio científico, em função das particularidades de apresentação de sua doença e metodologia de diagnóstico.

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. O Sr. não será identificado 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 Sra.

Eu, [REDACTED] portador do documento de Identidade [REDACTED] fui informado 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 de meu caso. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Brasília, 11 de Junho de 2019.

  
Nome  Assinatura participante Data

 11/06/2019  
Nome Assinatura pesquisador Data

Nome Assinatura testemunha Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP ICDF - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ICDF  
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL - 2 ANDAR  
SETOR HFA - HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS - SETOR SUDOESTE, S/Nº  
BRASÍLIA-DF - CEP: 70673-900  
Telefone: (61) 3403-5552  
Email: cep@icdf.org.br