

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA

E-MAIL: GUSTFERR@UFMG.BR

TELEFONE: (31) 3472-4112

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Damião Mariano da Silva está sendo convidado a 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. A participação no estudo oferece risco mínimo ao paciente, com a potencial quebra de sigilo de seus dados e identificação pessoal. Serão analisadas informações do prontuário e resultados de exames complementares, relativos ao infarto hepático e subsequente tratamento realizado pelo paciente. O estudo trará benefícios à comunidade médica e científica ao divulgar modalidade de tratamento inovadora e pouco conhecida, ajudando na construção de conhecimento a respeito do infarto hepático, podendo também trazer benefícios a outros pacientes afetados pela mesma doença.

hepático, podendo também trazer benefícios a outros pacientes afetados pela mesma doença.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr.

Eu, Damião Mariano da Silva, portador do documento de Identidade _____ 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 via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Brasília, 14 de Março de 2022.

	16/03/2022	
Nome	Assinatura participante	Data
	Dr. Gustavo de Sousa Arantes Ferreira RQE Nº 43138 - CIRURGIÃO APARELHO DIGESTIVO CRM 77173 CONTROLE 8866767	
	[Assinatura]	
Nome	Assinatura pesquisador	Data
		14/03/2022
Nome	Assinatura testemunha	Data

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

NÚCLEO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO - NEPE
HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CÉLIO DE CASTRO
RUA DONA LUIZA N 311, MILIONÁRIOS

BELO HORIZONTE-MG - CEP: 30620-090

Telefone: (31) 3472-4112

Email: gustferr@ufmg.br