



**HOSPITAL MORIAH**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Pesquisador responsável:** Marcelo Augusto Fontenelle  
Ribeiro Júnior

A Sra Jussara da Silva Oliveira está sendo consultada no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos, laboratoriais, imagens fotográficas e lâminas histológicas de seu caso clínico que se encontram em sua ficha de prontuário médico, para finalidades científicas (apresentação em congressos ou publicação do caso em revista científica). Nosso objetivo será o de discutir as características de sua doença em meio científico, em função das particularidades de apresentação de sua doença, metodologia de diagnóstico e tratamento utilizado. 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. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra. não será identificada 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, Jussara da Silva Oliveira, fui informada 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 à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

### **CONSENTIMENTO**

Declaro que li e entendi a informação contida acima e que todas as dúvidas foram esclarecidas.

Desta forma, eu \_\_\_\_\_  
concordo em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura