

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA RELATO DE CASO DE MAIOR DE IDADE

O(A) Sr(a). está sendo convidado(a) a participar de um estudo do tipo Relato de Caso. Para isto pedimos sua autorização para utilização de dados clínicos, laboratoriais e/ou lâminas histológicas de seu caso clínico/cirúrgico, documentação radiológica e imagens fotográficas que se encontram em seu prontuário, para apresentação do seu caso em encontro científico e publicação em revista científica ou livro como "Relato de Caso". O objetivo do Relato de Caso é \_\_\_\_\_ (exemplo: - discutir o diagnóstico ou planejamento ou tratamento relativo ao seu caso).

### **No caso de uso de imagens acrescentar:**

As imagens do seu caso serão divulgadas, porém não permitirão sua identificação em hipótese alguma.

Ao autorizar a divulgação deste Relato de Caso, o(a) Sr(a). não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A sua autorização é voluntária, e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador(a), que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

O Relato de Caso estará à sua disposição quando finalizado. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr(a).

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado (a) a respeito do objetivo, riscos e benefícios deste estudo de relato de caso, 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.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

Nome e Assinatura do participante \_\_\_\_\_

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

Nome e Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

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

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP – Comitê de Ética Faculdade São Leopoldo Mandic

Rua José Rocha Junqueira, 13 13045-755 Campinas/SP Fone: (19) 32113600  
[cep@slmandic.edu.br](mailto:cep@slmandic.edu.br)

Nome do Pesquisador Responsável:

Endereço: \_\_\_\_\_  
Fone: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_