

**MODELO DE TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)  
PARA RELATO DE CASO  
Crianças e Adolescentes**

Você está sendo convidado a participar de um estudo do tipo Relato de Caso que é a divulgação do seu caso para outras pessoas. 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 do menor de idade 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.

Seus pais e/ou responsáveis sabem de tudo o que vai acontecer durante a divulgação do seu caso clínico e permitiram a divulgação e/ou publicação do seu caso. Mas, você não é obrigado(a) a autorizar essa divulgação e, se não quiser autorizar, não haverá qualquer penalidade ou modificação na forma como é tratado.

Ninguém saberá ou poderá identificar você quando ver o relato de caso; não falaremos a outras pessoas, nem cederemos informações que você nos der.

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 a você.

ACEITO PARTICIPAR

NÃO ACEITO PARTICIPAR

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:

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Faculdade São Leopoldo Mandic

Rua José Rocha Junqueira, 13, Swift, 13045-755 Campinas - SP

Fone: (19) 32113600

[cep@slmandic.edu.br](mailto:cep@slmandic.edu.br)

Nome do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Fone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_