



PUC-SP

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: DR. JOSÉ VÍCTOR DE MIRANDA PEDROSO

ENDEREÇO: RUA JOUBERT WEY, 290.

CEP: 18030-070 – SOROCABA – SP

FONE: (15) 3212-9900

E-MAIL: drjv@uol.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) **Ana Aparecida Lopes Magre** está sendo consultado(a) no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos, laboratoriais e lâminas histológicas 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 atendido(a) 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(A) Sr.(a) não será identificado(a) 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 ao(a) Sr.(a).

Eu, Ana Aparecida Lopes Magre, portador(a) do documento de Identidade RG número 28.044.587-8 fui informado(a) 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.

Sorocaba, 14 de AGOSTO de 2013.

NOME DO PARTICIPANTE: CRAMA Miqui

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: [Handwritten Signature]

DATA: 14 / 08 / 2013

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DO PESQUISADOR: Dr. Victor de Miranda Pedroso

ASSINATURA DO PESQUISADOR: [Handwritten Signature]

DATA: 14 / 08 / 2013

NOME DA TESTEMUNHA: Ina Heloisa Magui

ASSINATURA DA TESTEMUNHA: [Handwritten Signature]

DATA: 14 / 08 / 2013

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP PUC-SP/Campus Sorocaba - Comitê de Ética em Pesquisa PUC-SP/Campus Sorocaba.

Rua Joubert Wey, 290 – 5º andar, Sorocaba - SP

CEP: 18030-070

Fone: (15) 3212-9900

Eu, [Handwritten Name], portador(a) do documento de identidade RG número [Handwritten Number], fui informado(a) 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.