



**CEP FACULDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC  
ESTUDOS TIPO RELATO DE CASO**

**MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
PARA RELATO DE CASO**

O (A) Sr (a). .....está sendo convidado a participar de um estudo do tipo Relato de Caso. Para isso pedimos sua autorização para utilização de dados clínicos, laboratoriais e/ou lâminas histológicas de seu caso clínico/cirúrgico e documentação radiológica (**No caso de uso de imagens acrescentar: e fotográfica**) que se encontram em seu prontuário, para apresentação do mesmo em encontro científico e publicação do caso em revista científica ou livro como "Relato de Caso". Nosso objetivo é .....(sugestão - 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 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, 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 deste estudo 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 Assinatura participante Data

Nome Assinatura 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: (XX) ..... E-mail: .....