TERMO B – Consentidor Usuário de Serviço de Saúde



NO de Registro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reservado ao Banco de Dentes – NÃO PREENCHER

Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Prótese e Cirurgia Buco-Facial

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MAIORES DE 18 ANOS)**

O Banco de Dentes Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, convida você \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,natural de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, sexo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_portador(a) do RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a consentir (concordar) que o(s) dente(s) extraído(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por indicação terapêutica (tratamento) para a melhoria de sua saúde, como documentado em sua ficha clínica, possa(m) ser coletado(s) e armazenado(s). O(s) dente(s) será(ão) armazenado(s) individualmente e identificado(s) por códigos, garantindo o seu anonimato. Não sendo de sua vontade concordar com a coleta do(s) dente(s) extraído(s), você não sofrerá nenhum prejuízo ou penalidade. A utilização deste(s) dente(s) em pesquisa(s) deverá ser previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, sendo sua identidade preservada na divulgação.

A utilização do(s) dente(s) armazenado(s) será para aprimoramento de técnicas (tipos de tratamentos) e materiais empregados nas diversas áreas da Odontologia. Você terá acesso gratuito a quaisquer informações associadas ao material biológico armazenado no Banco de dentes Humanos. Para conhecimento dos resultados obtidos com a utilização do(s) dente(s) armazenado(s), você poderá entrar em contato gratuitamente com o Banco de Dentes Humanos do Departamento de Prótese e Cirurgia Buco-Facial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, localizado à Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n – Cidade Universitária – CEP: 50.670-901. Telefone / FAX (81) 21268340 / 21268341 – CGC N0 24.134.488/0001-08 – Recife – PE, atendimento nas segundas-feiras no horário das 08:00 às 12:00h, nas quartas-feiras das 08:00 às 12:00h e nas sextas-feiras das 13:00 às 17:00h, endereço eletrônico [ufpebancodedentes@yahoo.com.br](mailto:ufpebancodedentes@yahoo.com.br).

A retirada do consentimento de utilização do(s) dente(s) poderá ser realizada por escrito, a qualquer momento, bem como, a devolução do(s) dente(s) concedido(s) ao banco de dentes Humanos, desde que não tenha ocorrido sua destruição, sem prejuízo(s) ou penalidade(s) em caso de sua desistência. O prazo de armazenamento do(s) dente(s) é indeterminado. Caso ocorra transferência do(s) dente(s) armazenado(s) entre Banco de Dentes Humanos, sempre que possível, você será comunicado.

Em casos onde houver implicações com os participantes da pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa alertará ao responsável pela pesquisa da necessidade de informar aos participantes da pesquisa a respeito dos resultados obtidos. Os dados fornecidos, coletados e obtidos a partir de pesquisa(s) poderão ser utilizados em pesquisas futuras. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão institucional, com o objetivo de avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, a fim de garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do(s) participante(s) da(s) pesquisa(s), mas não assegura a inexistência de danos aos pesquisados. **O Comitê de Ética funciona diariamente de segunda a sexta-feira, no horário de 08:00 às 12:00, localizado à Avenida das Engenharias, s/n. prédio do Centro de Ciências da Saúde - 1º andar, sala 4, telefone (81) 2126.8588,** endereço eletrônico [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)

Quanto aos riscos oferecidos, há o risco potencial de quebra do sigilo de suas informações armazenadas no Banco de Dentes Humanos.

Você terá acesso ao conhecimento dos resultados obtidos com a utilização do seu material biológico e às orientações quanto as suas implicações, incluindo aconselhamento genético, quando aplicável, a qualquer tempo.

Obrigado por ler e/ou ouvir estas informações. Se quiser consentir (concordar) que o(s) dente(s) extraído(s) possa(m) ser empregado(s) em pesquisa(s), assine este Termo de Consentimento e devolva-o(s) ao Banco de Dentes Humanos.

Solicito que manifeste o seu desejo quanto às seguintes alternativas:

( ) I- Necessidade de novo consentimento a cada pesquisa

( ) II- Dispensa de novo consentimento a cada pesquisa

Este Termo deverá ser assinado em **duas vias idênticas**, sendo uma retida pelo participante da pesquisa ou por seu representante legal e a outra arquivada no Banco de Dentes Humanos. A primeira página do presente Termo deve ser rubricada nas duas vias idênticas.

Nome do consentidor ou responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da pessoa que obteve o consentimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do (a) Coordenador (a) do Banco de Dentes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AV. PROF. MORAES RÊGO, s/n – CID. UNIVERSITÁRIA – CEP: 50.670-901. FONE / FAX (81) 21268340 / 21268341

CGC Nº 24.134.488/0001-08 – RECIFE – PE. e-mail: bancodedentesufpe@hotmail.com