TERMO C  Reservado ao Banco de Dentes – NÃO PREENCHER

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

Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Prótese e Cirurgia Buco-Facial

# TERMO DE ASSENTIMENTO PARA MENORES ALFABETIZADOS

 Você \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, sexo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador(a) do RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, está sendo convidado(a) a consentir (concordar) que o(s) dente(s) extraído(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_por indicação terapêutica (tratamento) para a melhoria da sua saúde, como documentado em sua ficha odontológica, possa(m) ser utilizado(s) pelos alunos da Universidade Federal de Pernambuco. O(s) dente(s) será(ão) armazenado(s) individualmente e identificado(s) por códigos, garantindo que você não seja identificado. Antes de decidir se quer consentir (permitir) que seu dente fique no Banco de Dentes Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, é importante que você entenda porque utilizamos dentes humanos em pesquisas. 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 pode discutir qualquer coisa deste formulário com seu(s) pai(s) e amigo(s). Você pode decidir se quer autorizar ou não depois de ter conversado e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que você não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente, porque você ficou mais interessado ou preocupado. Por favor, peça que eu pare, a qualquer momento, e explique novamente. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não concordar que o(s) dente(s) extraído(s) possa(m) ser utilizado(s) em pesquisa(s). Ninguém estará bravo com você se você disser não; a escolha é sua. Você pode pensar nisto e falar depois se você quiser. Você pode dizer “sim” agora e mudar de ideia depois e tudo continuará bem. Isso não vai prejudicar os cuidados que você recebe.

 Fique sabendo também que, quando você tiver 18 anos de idade, você terá que reconsentir (permitir outra vez) em ceder estes mesmos dentes, caso os dentes ainda estejam guardados no Banco de Dentes Humanos. Esta permissão será realizada por meio de uma nova assinatura sua de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

 Este Termo foi revisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, que avalia projetos de pesquisa(s), criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, mas não assegura a inexistência de danos aos pesquisados. Este Comitê de Ética está localizado à 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, com horário de atendimento de segunda a sexta-feira, de 08:00 às 12:00h. Se você precisar de mais informações sobre este Termo, sobre os seus direitos, ligue para o Banco de Dentes Humanos do Departamento de Prótese e Cirurgia Buco-Facial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco o, 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. A utilização deste(s) dente(s) em pesquisa(s) deverá ser previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo preservada sua identidade na divulgação.

 Quanto aos riscos oferecidos, há o risco potencial de haver vazamento de suas informações armazenadas no Banco de Dentes Humanos.

 Você terá acesso, sem ter que pagar nada, a qualquer informação e ao conhecimento dos resultados de pesquisas obtidos com a utilização dos seus dentes a qualquer tempo. E, caso você queira, o (s) dente (s) que você concedeu ao Banco de Dentes Humanos, pode (m) ser devolvido (s) para você em qualquer momento, sem problema algum.

 Nenhum incentivo ou dinheiro estão previstos por você concordar com a coleta do(s) dente(s) extraído(s).

 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 e devolva-o 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 para a criança/adolescente e a outra arquivada no Banco de Dentes. A primeira página do presente Termo deve ser assinada abreviadamente nas duas vias idênticas.

Nome da criança/adolescente : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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