

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a ser **doador(a) voluntário(a)** do seu material biológico: _____, colhido nesta data para realização de exames laboratoriais.

Caso o perfil da sua amostra venha a gerar algum tipo de interesse para a ciência, este material poderá ser utilizado em atividades que visam esclarecer quais os tipos de agentes causadores de doenças que circulam em Minas Gerais, criação de banco de amostras que possibilite o desenvolvimento e padronização de novas metodologias para o diagnóstico de doenças e validação de metodologias diagnósticas, confecção de painéis de proficiência e de referência, dentre outras atividades de interesse da Saúde Pública.

A FUNED realizará **em primeiro lugar os exames solicitados pela unidade de saúde**. Caso sua amostra esteja dentro do perfil de interesse, **o restante dela** será utilizado para o desenvolvimento da ciência, com o objetivo de contribuir com a Saúde Pública.

Informamos que o ato de autorizar a utilização das sobras da sua amostra de material biológico **não oferece nenhum tipo de risco à sua saúde**. Além disso, **não acarretará em nenhum custo para você, tampouco qualquer vantagem financeira**. Ainda assim, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta atividade, você terá assegurado o direito à indenização. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que você será atendido(a). Também, lhe é facultado desistir da doação a qualquer tempo.

Sua identificação será mantida pelos mais altos padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resoluções nº 466/2012; 441/2011 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares). Os dados provenientes dos estudos conduzidos serão utilizadas apenas para fins científicos, sendo garantido que **you não será identificado(a)** em nenhuma publicação.

O material biológico doado através deste termo ficará armazenado enquanto durar a amostra ou pelo prazo máximo de 10 (dez) anos. Após este período, se ainda restar alguma quantidade da amostra, esta será descartada de acordo com as normas vigentes.

Este termo de consentimento será emitido em duas vias originais, sendo uma via entregue para você e a outra arquivada no setor responsável na FUNED.

Eu, _____,
portador(a) do RG Nº. _____, CPF: _____,
endereço: _____,

na condição de paciente/responsável legal do paciente atendido na unidade de saúde
_____ do município de

_____, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, **autorizo** a Fundação Ezequiel Dias – FUNED a realizar os exames solicitados e todos quantos forem necessários ao esclarecimento do meu diagnóstico. Autorizo também a utilizar o que restar do material biológico para as atividades descritas nos esclarecimentos acima, caso o perfil da amostra venha a gerar algum tipo de interesse para a Saúde Pública.

Declaro que este consentimento se deu após a explicação clara e objetiva dos profissionais que me atenderam na unidade de saúde, e que me foi permitido fazer perguntas sobre a utilização do meu material biológico, tendo sido todas minhas dúvidas esclarecidas de forma satisfatória.

Local e data

Paciente e/ou responsável legal (assinar como no RG)

Agente de saúde/médico/enfermeiro (com carimbo)