



**Ministério da Saúde**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
Instituto Oswaldo Cruz  
Laboratório de Morfologia e Morfogênese Viral – Centro de Poxvirus  
Av. Brasil, 4365, Pavilhão Hélio & Peggy Pereira, térreo, salas C01-C04, C14,  
B12, B13 e B16,  
21040-900 – Rio de Janeiro – RJ – BRASIL  
Tel: (21) 2562-1749/ 2562-1773



## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Pox**

Pelo presente e nos termos da Resolução nº 347 de 13 de Janeiro de 2005 do Conselho Nacional de Saúde, autorizo o teste de meu soro / soro de menor sob minha responsabilidade legal, para diagnóstico sorológico de Poxvirus assim como seu armazenamento e utilização em estudos envolvendo este grupo de vírus.

Não existem riscos relacionados com sua participação. Os benefícios serão o diagnóstico etiológico da infecção bem como a contribuição para conhecimentos científicos na área da saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o total sigilo e anonimato sobre sua participação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o trabalho e sua participação, agora ou a qualquer momento.

### **Centro de Poxvirus**

Laboratório de Morfologia e Morfogênese Viral – Centro de Poxvirus  
Av. Brasil, 4365, Pavilhão Hélio & Peggy Pereira, térreo, salas C01-C04, C14,  
B12, B13 e B16.  
21040-900 – Rio de Janeiro – RJ – BRASIL  
Tel: 2562-1749 ( Drª Monika Barth ) / 2562-1773 ( sala dos Técnicos ).

---

Assinatura do doador da amostra / Responsável por menor  
Identidade: