

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do Biobanco de Dentes Humanos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Solicitamos sua autorização para a coleta, o depósito, o armazenamento e o uso de seu(s) dente(s) extraído(s) como parte do tratamento indicado e documentado em seu prontuário.

Se você concordar, o(s) dente(s) será(ão) armazenado(s) individualmente, identificado(s) por códigos e usados na pesquisa e no ensino, com o objetivo de estudar métodos de diagnóstico, tratamentos e materiais empregados nas diferentes áreas da Odontologia. Se você não concordar com a coleta dos dentes extraídos, não sofrerá nenhum prejuízo, penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O uso do(s) dente(s) extraído(s) em pesquisa(s) deverá ser previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Os riscos de sua participação envolvem a divulgação de sua identificação e informações, porém sua identidade será preservada durante todo o processo de coleta, armazenamento e uso dos dentes, assim como na divulgação dos resultados das pesquisas. Você não terá benefícios diretos com sua participação, mas os resultados das pesquisas poderão trazer melhorias para a saúde da comunidade. Em casos de pesquisas onde houver implicações diretas para você, o Biobanco, juntamente com o Comitê de Ética alertarão ao responsável pela pesquisa da necessidade de informá-lo sobre os resultados obtidos.

Você poderá retirar o consentimento de guarda e utilização do(s) dente(s) a qualquer momento, por escrito, sem prejuízo(s) ou penalidade(s), desde que não tenha ocorrido o descarte dos mesmos. O prazo de armazenamento do(s) dente(s) é indeterminado e os mesmos serão descartados quando não puderem mais ser reutilizados. Caso ocorra transferência do(s) dente(s) armazenado(s) entre Biobancos, sempre que possível, você será comunicado.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do Biobanco, você poderá contatar:

- Comitê de Ética em Pesquisa - COEP/UFMG. Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte. MG. CEP: 31270-901. Endereço eletrônico: coep@prpq.ufmg.br. Telefax 31 3409-4592.
- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. SEPN 510 Norte, Bloco A, 3º Andar. Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde. CEP: 70750-521 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5878. Telefax: (61) 3315-5879. Endereço eletrônico: conep@saude.gov.br

Este Termo deverá ser assinado em duas vias idênticas, sendo uma retida por você e uma arquivada no Biobanco.

Obrigado por ler e/ou ouvir estas informações. Se você concordar que o(s) dente(s) extraído(s) seja(m) usado(s) em pesquisa(s), solicitamos que assine este Termo de Consentimento.

Eu, _____, brasileiro, data de nascimento ____/____/_____, natural de _____, sexo _____, portador da cédula de identidade _____, residente e domiciliado à _____ nº _____, complemento _____, Bairro _____, CEP _____, Cidade _____, UF _____, telefone _____, endereço eletrônico _____ autorizo a coleta, o depósito, o armazenamento e a utilização do(s) dente(s) _____,

pelo Biobanco de Dentes Humanos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Fui esclarecido que este(s) dente(s) foi (foram) extraído(s) como parte do tratamento indicado e documentado em meu prontuário.

Manifesto o meu desejo quanto às seguintes alternativas:

() I- Necessidade de novo consentimento a cada pesquisa

() II- Dispensa de novo consentimento a cada pesquisa

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Nome da pessoa que obteve o consentimento:

Assinatura _____

Nome do Responsável pelo Biobanco: Cláudia Silami de Magalhães

Assinatura _____

Endereço eletrônico: silamics@yahoo.com Telefone: 31 3409-2456.

Biobanco de Dentes Humanos. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Antônio Carlos, 6627. Sala 2208-A (anexo à Clínica 4). Pampulha. Belo Horizonte. MG. CEP: 31270-901.