

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS OU RESPONSÁVEIS POR
MENORES PARTICIPANTES**

Seu filho está sendo convidado a participar do Biobanco de Dentes Humanos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

O que é o Biobanco de Dentes Humanos?

O Biobanco de Dentes Humanos coleta, deposita e armazena dente(s) extraído(s) ou que caiu(caíram).

Qual a função do Biobanco de Dentes Humanos?

O Biobanco de Dentes Humanos não tem função lucrativa, sendo sua função ajudar na pesquisa e no ensino. Logo, todos os dentes armazenados servem apenas para estudar diagnóstico de doenças dentárias, tratamento e novos materiais para tratar os dentes.

Como é feito o armazenamento de dentes?

Caso você concorde, o(s) dente(s) extraído(s) do seu(sua) filho(a) serão armazenado(s) individualmente em potinho(s) que receberão um código de identificação. Este código será de conhecimento apenas da equipe do Biobanco.

Por que seu filho deveria participar do Biobanco de Dentes Humanos?

Os dentes extraídos ou que caíram podem ajudar no ensino da Odontologia e no desenvolvimento de pesquisas. Os resultados das pesquisas poderão trazer melhorias para a saúde de outras pessoas.

Caso você aceite participar, quais são os seus direitos?

Você e seu(sua) filho(o) não terão as identidades reveladas.

A participação de seu filho é voluntária e se você não concordar em ceder o(s) dente(s) do seu(sua) filho(s), vocês não sofrerão nenhum prejuízo, penalidade ou mudança na forma como são atendidos neste serviço.

Você e seu(sua) filho(a) não terão nenhuma despesa nem receberão nenhum pagamento pela sua participação.

Você poderá retirar o consentimento de guarda e utilização do(s) dente(s) de seu(sua) filho(a) a qualquer momento, por escrito, sem prejuízo(s) ou penalidade(s), desde que não tenha ocorrido o descarte dos mesmos.

Você tem direito às informações referentes ao(s) dente(s) do(a) seu(sua) filho(a).

Quais os riscos da participação no Biobanco?

Existe o risco dos dentes se perderem e as informações serem divulgadas para outras pessoas, mas nós faremos tudo para evitar isso. Guardaremos os dentes e as informações em local seguro, na Faculdade de Odontologia da UFMG.

Como funciona o uso de dentes extraídos em pesquisa?

Caso o(s) dente(s) do seu(sua) filho(a) sejam usados em pesquisa, esta pesquisa deverá ser obrigatoriamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

Sua identidade e de seu(sua) filho(a) não serão divulgadas na pesquisa.

Em casos de pesquisas onde houver implicações diretas ao seu(sua) filho(a), o Biobanco, o Comitê de Ética e o responsável pela pesquisa irão comunicá-lo(a) dos resultados obtidos.

Quanto tempo os dentes serão armazenados?

O prazo de armazenamento do(s) dente(s) é indeterminado. O(s) dente(s) será(ão) descartado(s) quando não puderem mais ser utilizados.

Caso ocorra transferência do(s) dente(s) armazenado(s) entre Biobancos, você será comunicado.

Quem procurar em caso de dúvidas? Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do Biobanco, você poderá entrar em contato com:

COEP/UFMG poderá ser contatado: 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 em participar do Biobanco, solicitamos que assine este Termo de Consentimento.

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

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.

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

Rubrica do participante
Rubrica do responsável pelo Biobanco