TERMO D  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 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS)**

O Banco de Dentes Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, solicita você \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,natural de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, sexo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_portador(a) do RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a consentir (concordar) que o(s) dente(s) extraído(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­do(a) seu/sua filho(a) ou menor que está sob sua responsabilidade, por indicação terapêutica (tratamento) para a melhoria da saúde do(a) mesmo(a), como documentado na ficha clínica, possa(m) ser coletado(s) e armazenado(s). O(s) dente(s) será(ão) armazenado(s) individualmente e identificado(s) por códigos, garantindo o anonimato. Não sendo de sua vontade concordar com a coleta do(s) dente(s) extraído(s), você e o(a) menor não sofrerão nenhum prejuízo ou penalidade. A utilização deste(s) dente(s) em pesquisa(s) deverá ser previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, sendo as suas identidades preservada na divulgação.

 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 e ­­­­o(a) seu/sua filho(a) ou menor que está sob sua responsabilidade terão acesso gratuito a quaisquer informações associadas ao material biológico armazenado no Banco de dentes Humanos. Para conhecimento dos resultados obtidos com a utilização do(s) dente(s) armazenado(s), você poderá entrar em contato gratuitamente com o Banco de Dentes Humanos do Departamento de Prótese e Cirurgia Buco-Facial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, 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 retirada do consentimento de utilização do(s) dente(s) poderá ser realizada por escrito, a qualquer momento, bem como, a devolução do(s) dente(s) concedido(s) ao banco de dentes Humanos, desde que não tenha ocorrido sua destruição, sem prejuízo(s) ou penalidade(s) em caso de sua desistência. O prazo de armazenamento do(s) dente(s) é indeterminado. Caso ocorra transferência do(s) dente(s) armazenado(s) entre Banco de Dentes Humanos, sempre que possível, você será comunicado.

 Em casos onde houver implicações com os participantes da pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa alertará ao responsável pela pesquisa da necessidade de informar aos participantes da pesquisa a respeito dos resultados obtidos. Os dados fornecidos, coletados e obtidos a partir de pesquisa(s) poderão ser utilizados em pesquisas futuras. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão institucional, com o objetivo de avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, a fim de garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do(s) participante(s) da(s) pesquisa(s), mas não assegura a inexistência de danos aos pesquisados. **O Comitê de Ética funciona diariamente de segunda a sexta-feira, no horário de 08:00 às 12:00, 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

 Quando ­­­­o(a) seu/sua filho(a), ou menor que está sob sua responsabilidade, completar 18 anos de idade, o (a) mesmo(a) 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.

 Quanto aos riscos oferecidos, há o risco potencial de quebra do sigilo de suas informações e/ou d­­­­o(a) seu/sua filho(a), ou menor que está sob sua responsabilidade, armazenadas no Banco de Dentes Humanos.

 Você terá acesso ao conhecimento dos resultados obtidos com a utilização do material biológico e às orientações quanto as suas implicações, incluindo aconselhamento genético, quando aplicável, a qualquer tempo.

 Obrigado por ler e/ou ouvir estas informações. Se quiser consentir (concordar) que o(s) dente(s) extraído(s) ­­­­do(a) seu/sua filho(a) ou menor que está sob sua responsabilidade possa(m) ser empregado(s) em pesquisa(s), assine este Termo de Consentimento e devolva-o(s) ao Banco de Dentes Humanos.

 Caso não concorde não haverá penalização nem para o (a) Sr.(a) nem para o(a) seu/sua filho(a), ou menor que está sob sua responsabilidade, bem como será possível ao/a Sr. (a) retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

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 retida pelo responsável legal e a outra arquivada no Banco de Dentes Humanos. A primeira página do presente Termo deve ser rubricada nas duas vias idênticas.

Nome do(a) responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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. bancodedentesufpe@hotmail.com