

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Comitê de Ética em Pesquisa – USS

- Identificação da Pesquisa/Estudo: Título da Pesquisa/Estudo: Acrocordon, Dermatose Papulosa Nigra e Ceratose Actinica-Relato de caso.

Orientador da Pesquisa/Estudo: Karina Salvi

Telefone e e-mail do Pesquisador ou Orientador do TCC: (46) 991011954

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da USS: Av. Exp. Oswaldo de Almeida

Ramos, 280, bloco 06 – Centro – Vassouras/RJ - cep@uss.br - Telefone: (24) 2471-8379

- Informações ao participante ou responsável:

1. Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo relatar um caso da de acrocordon, dermatose papulosa nigra e ceratose actinica na terceira idade.
2. Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as seguintes explicações que informam sobre o procedimento a ser realizado. O procedimento trata-se de uma coleta de dados através da consulta ao paciente e pesquisa de informações acerca das patologias: Acrocordon, Dermatose Papulosa Nigra e Ceratose Actinica. A importância baseia-se na corroboração do conhecimento do médico clínico, sobre o diagnostico, a evolução e os cuidados dessas alterações de pele na terceira idade
3. Você poderá se recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante o procedimento citado acima, você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que porventura lhe causar algum constrangimento.
4. A sua participação como voluntário não oferecerá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo para você.
5. A sua participação poderá envolver os seguintes riscos: exposição dos dados sobre Aas alterações dermatológicas que você apresenta.
6. A pesquisa pretende trazer os seguintes benefícios: corroboração do conhecimento do médico clínico, sobre o diagnostico, a evolução e os cuidados dessas alterações de pele na terceira idade.

7. Serão garantidos o sigilo e a privacidade das informações que você fornecer, sendo-lhe reservado o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo.

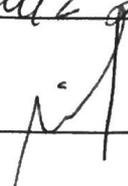
8. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Pato Branco, 19 de março de 20 18.

Nome legível do

Participante: VILMAR LUIZ GALVI

Assinatura do Participante: 

CPF: 293 518 980-91