

Sr. (a) \_\_\_\_\_ está sendo convidado a contribuir com o grupo de estudo da CICURA, a realizar estudos aprimorando novas técnicas de curativos, acompanhando etapas e as evoluções das feridas.

Para tanto necessitamos que responda ao questionário (entrevista) em anexo. Sua participação é voluntária, não remunerada.

Terá a garantia de acesso a qualquer etapa do estudo, bem como aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Também tem garantida a liberdade da retirada deste consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. As informações aqui obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada sua identificação e nem a de qualquer outro participante.

Garantimos que o Sr. (a) que não sofrerá dano pessoal. Nós nos comprometemos a utilizar os dados e o material coletado somente para pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realizem os **ESTUDOS** propostos.  
Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou Representante legal

Assinatura da testemunha: (para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual).

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de a equipe poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pela equipe.

**SOMENTE PARA O RESPONSÁVEL DO PROJETO:**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para participar neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo.

Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**REVOGAÇÃO**

Revogo o consentimento prestado na data de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável do Projeto

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante ou  
Responsável