

Coordenadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Gil da Silva Lopes
Aprovação do CEP/PRP/UNICAMP - CAAE número 35316314.9.1001.5404

Responsável Local: _____

Contato do responsável local (endereço e telefone de trabalho):

Objetivo do estudo: Estruturar e validar um registro de pacientes atendidos nos serviços integrantes da Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais.

Como declarado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lido e assinado pelo participante da pesquisa e garantido pela Resolução 466/2012, pode ser solicitada a retirada das informações e do material genético meu de minha família a qualquer momento do referido projeto, bastando solicitar por escrito à coordenadora do projeto, sem qualquer ônus ou interferência em seu acompanhamento.

Para dúvidas e consultas e relação aos aspectos éticos da pesquisa a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Pró Reitoria de Pesquisa – Unicamp pode ser contata pelo telefone (19) 35218936 ou (19) 35217187. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cep:13083-887.

SOLICITAÇÃO DE RETIRADA DO CONSENTIMENTO

1-Solicito a retirada de todos os dados e das fotografias minhas ou da pessoa sob minha guarda do referido projeto de pesquisa.

Nome e Assinatura: _____

2-Solicito a retirada e descarte do material biológico coletado para os fins da pesquisa.

Nome e Assinatura: _____

Nome do paciente: _____ Idade: _____

Nome do responsável: _____

Parentesco: _____ R.G.: _____

Local/Data: _____

Assinatura do paciente ou responsável

Pesquisador: _____

Local e data: _____

Assinatura do pesquisador