



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO PACIENTE (TCLE)

### PROJETO DE PESQUISA

#### Projeto a Fada do Dente

*Patrocinadores: Projeto a Fada do Dente e Universidade de São Paulo*

*Equipe responsável: Patricia Cristina B Beltrão Braga*

*Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.*

### OBJETIVO E DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Este é um estudo que estamos realizando na Universidade de São Paulo, com o objetivo de **estudar** o autismo e outras alterações que afetem o sistema nervoso.

Para podermos estudar o motivo do autismo, precisamos analisar as células do sistema nervoso, e como isso não é possível, usamos as células que estão dentro do dente-de-leite após sua queda espontânea.

Depois que os resultados estiverem prontos, o responsável/participante da pesquisa poderá ter acesso a estes resultados, que serão publicados em revista científicas indexadas. Os resultados também ficarão armazenados/arquivados na Universidade de São Paulo. **O material que sobrar será guardado no freezer com um número (sem o nome da pessoa) e poderá ser utilizado para outro estudo no futuro.**

### QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS EM PARTICIPAR DA PESQUISA?

Ao participar deste estudo, **você não receberá qualquer benefício adicional, nem ganhará dinheiro**, mas estará contribuindo para o estudo do autismo.

- I) Você e seus familiares não terão nenhum prejuízo participando da pesquisa, e estará ajudando a descobrir as causas do autismo e as possíveis medicações que podem ser usadas para melhorar essa condição. Além disso, terão direito ao ressarcimento das despesas para participar da pesquisa. O ressarcimento será efetuado via depósito bancário.



### QUEM VAI FICAR SABENDO DO RESULTADO DOS MEUS EXAMES?

A participação neste estudo será **confidencial** e os resultados dos exames serão mostrados somente para os profissionais que realizam a pesquisa no laboratório ou para pesquisadores de outras cidades ou países, mas o nome da pessoa que participa nunca será revelado.

**Os dados ou material biológico** obtidos neste estudo, desde que autorizado, poderão ser utilizados em outros projetos, desde que autorizado pela Comissão de Ética deste Instituto e pelo responsável por esta pesquisa. Em qualquer momento o participante da pesquisa ou seu responsável legal poderá retirar a autorização sem qualquer prejuízo.

### O QUE ACONTECE SE EU QUISER DESISTIR DE PARTICIPAR DA PESQUISA?

A pessoa que aceitou participar da pesquisa tem todo o direito de dizer que não quer mais participar. E mesmo que isso aconteça, não haverá nenhum prejuízo, de qualquer natureza, à ela.

**ATENÇÃO: NENHUM PESQUISADOR PODE DEIXAR DE ME TRATAR BEM SE EU DISSER QUE NÃO QUERO ENTRAR NA PESQUISA OU QUERO SAIR DELA DEPOIS DE ALGUNS DIAS**

### EU GUARDAREI COMIGO ALGUM PAPEL DIZENDO QUE PARTICIPEI DA PESQUISA?

A pessoa que aceitar participar da pesquisa **assinará duas cópias deste documento**. Uma cópia ficará com o pesquisador, no (laboratório da Professora Patricia C. B. Beltrão Braga, responsável pelo projeto, e outra cópia ficará com o participante da pesquisa ou responsável.

### E O QUE FAZER SE ACONTECER ALGUMA COISA COMIGO DEPOIS DA PESQUISA?

Para qualquer esclarecimento ou ajuda, o participante da pesquisa ou seu responsável poderá falar com a Secretaria da **Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos** do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo pelo **telefone: 011-3091-7733**, **e-mail: [cep@icb.usp.br](mailto:cep@icb.usp.br)** ou com os pesquisadores abaixo:



Você poderá escrever para o e-mail do projeto e esclarecer suas dúvidas: [contato@projetoafadadodente.org.br](mailto:contato@projetoafadadodente.org.br), ou pelo site [www.projetoafadadodente.org.br](http://www.projetoafadadodente.org.br). O endereço do nosso laboratório é Av. Prof. Lineu Prestes, 1374 - Butanta, São Paulo - SP, 05508-900 – 2º andar - sala 227B, tel 2648-8403



### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador da identidade \_\_\_\_\_, nascida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, recebi a  
explicação de que serei uma das participantes voluntárias dessa pesquisa, entendendo todas as  
suas etapas e objetivos. Declaro que recebi todos os eventuais esclarecimentos quanto às  
dúvidas por mim apresentadas.

Caso deseje, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta  
pesquisa.

☐ Desejo conhecer os resultados ☐ Não desejo conhecer os resultados

Autorizo a utilização dos meus dados e material biológico em outros projetos, com dispensa  
de uma nova TCLE, desde que autorizado por uma Comissão de Ética e pelo responsável por  
esta pesquisa?

☐ Sim ☐ Não

E por estar devidamente informada e esclarecida sobre o conteúdo deste termo, livremente,  
sem qualquer pressão por parte dos pesquisadores, expresso meu consentimento para minha  
inclusão nesta pesquisa.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_

Assinatura da paciente

Testemunha 1 - RG \_\_\_\_\_

Testemunha 2 - RG \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador que entrevistou

Assinatura do pesquisador



Testemunha 1 - RG \_\_\_\_\_

Testemunha 2 - RG \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador que entrevistou

Assinatura do pesquisador