



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,,
(Paciente/Responsável pelo paciente),
autorizo esta Instituição (Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia) a utilizar os dados fornecidos por mim e/ou minha família em possíveis pesquisas e eventuais publicações científicas.

Estou informado (a) de que o anonimato do meu nome será mantido e que os nomes de meus familiares serão alterados para impossibilitar identificação. Nesse sentido, me foi assegurado a preservação das questões éticas de sigilo implicadas em estudos de caráter científico.

Estou ciente que, não terei benefícios diretos em decorrência dessa autorização, a não ser o de saber que pude contribuir para a compreensão de um fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Declaro que recebi as informações necessárias e esclareci minhas dúvidas, fornecendo livremente o consentimento para a liberação de meus dados para pesquisas e eventuais publicações científicas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e caso eu modifique a concordância em liberar meus dados, terei liberdade em fazê-lo, sem que isso comprometa o andamento de meu atendimento.

Declaro também, que recebi a cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Paciente/Responsável

Nº DE TRIAGEM _____ /20_____

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6681 – prédio 11 – sala 209 – CEP 90619-900

Porto Alegre – RS - Brasil

Fone: (51) 3320-3561 – Fax (51) 3320 – 3614

E-mail: sapp@puccrs.br

www.puccrs.br