



Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde

BIOBANCO PUC Minas

TERMO DE ASSENTIMENTO DE 7 a 12 ANOS

Queremos saber se você autoriza o Biobanco PUC Minas armazenar o seu dente, que será removido para tratamento, para ser usado em futuras pesquisas.

Você pode escolher se aceita participar ou não. Já pedimos a autorização dos seus pais/responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo o seu de acordo. Eles já concordaram com a sua participação, mas se você não desejar fazer a concessão do seu dente para o Biobanco PUC Minas, não é obrigado a participar. É você quem decide. Se decidir não conceder o dente, nada mudará em relação a seu tratamento. Até mesmo se disser “sim” agora, você poderá mudar de ideia depois, sem nenhum problema.

Neste documento pode haver algumas palavras ou informações que você não entenda, ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente; por favor, nos avise, pois podemos parar para explicar a qualquer momento.

Você foi escolhido(a) para conceder o seu dente que será removido por não ter mais condições de tratamento ou indicações de remoção para tratamento ortodôntico (uso de aparelho) e poderá ser usado em futuras pesquisas para entender a causa de doenças e propor melhores tratamentos.

Não falaremos para outras pessoas que você está participando de qualquer pesquisa e não daremos nenhuma informação sobre você para qualquer pessoa que não trabalhe nesta pesquisa. Você e seus pais/responsáveis legal estarão cientes que após a utilização do dente em pesquisas ou ensino ele será destruído e descartado.

Este documento será assinado por você em 02 (duas) vias e uma ficará com você para que guarde os telefones de contato.

Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos como voluntário de pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas pelo (31)3319-4517 (8h às 12h e 13h às 17h) e cep.proppg@pucminas.br ou com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa pelo (61) 33155877 e conep@saude.gov.br, que são os órgãos responsáveis por garantir os cuidados éticos das pesquisas realizadas com o seu material.

O responsável pelo Biobanco pode ser contatado pelo telefone (031) 3319-4341 (8h às 12h e 13h às 17h) ou pelo e-mail: biobanco@pucminas.br

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20____.

Eu entendi que a minha participação é autorizar a concessão do meu dente que será removido para o Biobanco PUC Minas e autorizo a destruição e descarte da amostra após a utilização, assinando o presente termo.

Nome da criança/adolescente (em letra de forma)

Eu comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço pela sua colaboração e sua confiança.

Giovanna Ribeiro Souto
(Coordenadora Geral do Biobanco)