

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

CONTRATO DE ADESÃO

as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

Assinatura

EMENTA

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento. Local e data _____ Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____ Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores): Nome: _____ Assinatura: _____ Nome: _____ Assinatura: _____