



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL DE SÃO PAULO**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 470  
 CEP 05403-000 - São Paulo - Brasil  
 Telefones: 3061-7012; 30617020 – Fax (011) 3088-5237



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO BIOBANCO DO  
 INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

(material coletado na rotina)

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA QUE ESTÁ AUTORIZANDO O  
 ARMAZENAMENTO E USO DO MATERIAL BIOLÓGICO PARA FINS DE PESQUISA  
 OU RESPONSÁVEL LEGAL (CONSENTIDOR)**

**1. NOME DA PESSOA QUE ESTÁ AUTORIZANDO O ARMAZENAMENTO E USO DO  
 MATERIAL BIOLÓGICO PARA FINS DE PESQUISA:**.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : M ( ) F ( )

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....

BAIRRO: ..... CIDADE .....

CEP:.....TELEFONE: DD (.....) .....

E-mail:.....

**2. RESPONSÁVEL LEGAL**

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE : .....SEXO: M ( ) F ( )

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO:.....Nº..... APTO: ...

BAIRRO:.....CIDADE:.....

CEP: . .....Telefone DDD (.....).....

E-mail:.....

**II - DADOS SOBRE O RESPONSÁVEL PELO BIOBANCO DO IMT/USP**

RESPONSÁVEL PELO BIOBANCO: Dr Paulo Cesar Cotrim

CARGO/FUNÇÃO: Coordenador do Biobanco do Instituto de Medicina Tropical da  
 Universidade de São Paulo.....

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL - CRM/SP: 47290.

Rubrica do consentidor: \_\_\_\_\_ Rubrica do responsável pelo Biobanco: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 470. CEP 05403-000 São Paulo -SP  
–Brasil. Telefones: (55+11) 3061-7011 / 3061-7014. Fax: (55+11) 3088-5237. E-mail  
[imtsp@usp.br](mailto:imtsp@usp.br)

---

### **III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES À DOPESSOA QUE ESTÁ AUTORIZANDO O ARMAZENAMENTO E USO DO MATERIAL BIOLÓGICO PARA FINS DE PESQUISA OU SEU REPRESENTANTE LEGAL (CONSENTIDOR) SOBRE O BIOBANCO**

No Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo, nós fazemos pesquisas. Com as pesquisas queremos encontrar maneiras de melhorar a vida de nossos pacientes, às vezes até descobrindo novos tratamentos, ou exames que ajudem a tratar os pacientes.

O senhor (a) e/ou seu filho (a) (ou pessoa pela qual o (a) senhor (a) é o responsável legal) está sendo atendido para o tratamento de uma doença. Para realização de seu tratamento (ou pessoa pela qual o (a) senhor (a) é o responsável legal) foi solicitado um exame laboratorial.

Depois de fazer os exames que precisam ser feitos para o seu tratamento, vai sobrar um pouco de material (sangue, urina, fezes ou outros) que normalmente seria jogado fora. Nós estamos solicitando sua autorização para guardar esse material que sobra, no Biobanco do **Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo**. Não será solicitado ao senhor (a) (ou pessoa pela qual o (a) senhor (a) é o responsável legal) uma coleta a mais para o BioBanco.

Nós temos um BioBanco, com gente muito bem treinada trabalhando, que vai cuidar das amostras que serão guardadas em freezer para a realização de pesquisas futuras.

Antes de decidir, pedimos que leia este documento que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Caso o (a) senhor (a) tenha alguma dúvida ou curiosidade, por favor, faça quantas perguntas quiser, e se achar melhor, leve o documento para sua casa para poder discutir com pessoas amigas e de sua família. Temos que ter certeza que se o (a) senhor (a) decidir assinar este documento isto quer dizer que está consentindo que seu material biológico (ou da pessoa da qual é representante legal) seja guardado no Biobanco do IMT/USP.

a) As pesquisas realizadas com o seu material biológico poderão ser utilizadas para investigar fatores relacionados à predisposição, tratamento e prevenção de doenças infecciosas, bem como poderão contribuir para o aprimoramento de novos testes diagnósticos e do tratamento dessas doenças.

b) O (A) senhor (a) tem direito a conhecer os resultados obtidos com a utilização do seu material biológico e às orientações quanto as suas implicações, incluindo aconselhamento genético quando aplicável, a qualquer tempo.

c) Junto com sua amostra estarão associados os seguintes dados: sexo, idade, etnia, procedência, dados clínicos, e resultados de exames entre outros, que poderão ser utilizados nas pesquisas futuras.

d) O seu material poderá ser descartado caso o (a) senhor (a) solicite. Ele também poderá ser descartado devido à inadequação da amostra por critério de qualidade, por iniciativa da instituição ou caso o Biobanco seja desfeito. Antes de descartar a amostra será oferecida a outro Biobanco. O senhor será comunicado caso isso aconteça.

Rubrica do consentidor: \_\_\_\_\_ Rubrica do responsável pelo Biobanco: \_\_\_\_\_

- O (A) senhor (a) concorda com o armazenamento de amostras do seu material biológico no Biobanco IMT/USP, e/ou da pessoa da qual é representante legal e de todas as informações sobre a sua pessoa que constam do cadastro para pesquisas futuras

( ) Sim ( ) Não

- O (A) senhor(a) deseja ser consultado cada vez que o BioBanco quiser usar a sua amostra em pesquisas futuras? ( ) Sim ( ) Não

- O senhor prefere que outra pessoa o represente e seja consultada a cada nova pesquisa?

( ) Sim ( ) Não .

Se sim, qual o nome da pessoa e como podemos entrar em contato (endereço, telefone, e-mail, grau de parentesco ou de relação com o participante da pesquisa).

---

#### **IV - GARANTIAS DOS DIREITOS DA PESSOA QUE ESTÁ AUTORIZANDO O ARMAZENAMENTO E USO DO MATERIAL BIOLÓGICO PARA FINS DE PESQUISA OU SEU REPRESENTANTE LEGAL (CONSENTIDOR)**

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre resultados de pesquisa realizados com o seu material biológico.
2. O (A) senhor (a), ou seu representante legal, a qualquer tempo e sem quaisquer ônus ou prejuízos, pode retirar o consentimento de guarda e utilização do material biológico armazenado neste Biobanco, valendo a desistência a partir da data de formalização desta.
  - 2.a. Caso seja sua decisão retirar seu consentimento, o (a) senhor (a) deverá informar aos responsáveis pelo Biobanco por escrito. Essa solicitação deve ser assinada pelo(a) senhor(a) ou pelo seu representante legal.
  - 2.b. Neste caso, o (a) senhor (a) poderá receber sua amostra biológica de volta ou a amostra biológica será destruída de acordo com as normativas de biossegurança da instituição.
3. Seu nome não será divulgado. O Biobanco preserva sua confidencialidade, sigilo e privacidade.

Rubrica do consentidor: \_\_\_\_\_ Rubrica do responsável pelo Biobanco: \_\_\_\_\_

4. Se seu material biológico for transferido para outro Biobanco ou biorepositório, o/a senhor/senhora será informado.
5. Se seu material biológico for destruído, o senhor/senhora será comunicado através de email ou carta ao endereço fornecido, bem como se o Biobanco for encerrado.
6. A legislação brasileira proíbe o patenteamento e a utilização comercial de material biológico humano armazenado em Biobancos, como este.

---

### **V. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES**

---

### **VI – Assinaturas**

Declaro que, após ser convenientemente esclarecido e ter entendido o que me foi explicado, consinto que uma amostra do meu material biológico, e/ou da pessoa da qual sou representante legal, fique armazenada no Biobanco do Instituto de Medicina Tropical/USP.

São Paulo, ..... de ..... de 2.....

---

assinatura do consentidor

---

assinatura do responsável pelo Biobanco

Rubrica do consentidor: \_\_\_\_\_ Rubrica do responsável pelo Biobanco: \_\_\_\_\_