**Formulário de Consentimento Informado para Publicação de material identificável na Revista SPMI Case Reports**

Para o consentimento do doente quanto à publicação das suas informações na **Revista da SPMI Case Reports.**

Nome da pessoa descrita no artigo ou mostrada na fotografia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assunto da fotografia ou do artigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título do artigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor correspondente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [coloque o nome completo] dou o meu consentimento para que estas informações sobre A MINHA PESSOA/MEU(MINHA) FILHO(A) OU TUTELADO/PARENTE [marque a descrição correta], relativas ao assunto supracitado (“as informações”), apareçam na revista. Vi e li o material a ser submetido à revista e compreendo o seguinte:

1) As informações serão publicadas sem o meu nome anexado e a revista fará o melhor possível para assegurar o anonimato. Compreendo, no entanto, que a anonimato completo não pode ser garantido.

2) As informações podem ser publicadas na revista, que é distribuída no mundo inteiro.

3) As informações também serão colocadas no *website* da revista.

4) Não poderei revogar o meu consentimento uma vez que as informações tenham sido comprometidas para a publicação.

Assinado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_