

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA MANUSEIO E UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, _____, portador(a) do CPF _____, autorizo o Hospital HOME e a equipe de pesquisa liderada pelo Dr. Diovanni de Paula Pereira a utilizar os dados coletados durante minha participação no estudo intitulado **"Infiltração de Aspirado de Medula Óssea Autóloga para Tratamento de Dor Facetária Lombar: Um Ensaio Clínico Randomizado"**.

Declaro estar ciente de que os dados coletados, incluindo informações clínicas como intensidade da dor, eficácia do tratamento para dores na coluna e índice de funcionalidade, serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa científica e análise estatística. O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia do tratamento por meio da infiltração de aspirado de medula óssea autóloga.

Tenho ciência de que todos os dados serão tratados de forma confidencial e anônima, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e a Resolução CNS nº 466/2012. Meu nome e outros dados de identificação pessoal não serão divulgados em nenhuma publicação ou apresentação resultante deste estudo.

Compreendo que a utilização dos meus dados é essencial para o desenvolvimento de novos conhecimentos na área da saúde, contribuindo especialmente no tratamento da dor lombar facetaria, que poderá beneficiar futuros pacientes.

Autorizo o compartilhamento dos meus dados com outros pesquisadores e instituições de pesquisa, desde que seja garantido o anonimato e a confidencialidade das informações, e que o objetivo seja estritamente científico.

Declaro que fui informado(a) sobre a finalidade do uso dos meus dados, os procedimentos de coleta, armazenamento e análise, e que tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas com a equipe de pesquisa.

Este consentimento é livre e voluntário, e posso revogá-lo a qualquer momento, sem que isso afete meu tratamento ou participação no estudo.

Nome do(a) Participante

Assinatura do Participante

Dr. Diovanni de Paula Pereira (Coordenador do Projeto)

Data: _____ / _____ / _____