



DECLARAÇÃO

Eu, Luciana Gasques de Souza, portador da cédula de identidade nº 15056376, declaro estar ciente da pesquisa intitulada **“Tratamento de Cicatrizes atroficas com microagulhamento”**, de responsabilidade das pesquisadoras: Luciana Gasques de Souza e Gisele Viana de Oliveira.

Em relação à pesquisa supracitada, informamos que todas e quaisquer despesas associadas a pesquisa é de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

Informamos outrossim, que o acesso dos pesquisadores ao local da pesquisa e a manipulação dos dados de Prontuários Médicos, fotografias, será **autorizado somente após a emissão do PARECER DE APROVAÇÃO do Comitê de Ética em Pesquisa Ciências Médicas-MG /CEPCM-MG.**

Declaro conhecer e cumprir com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Local/Setor onde a pesquisa será realizada: Clínica Luciana Gasques no endereço Avenida São Sebastião, 3125, Ed Amazon, salas 501 e 502, CEP 78045000, Cuiabá, MT, Tel (65) 981503366.

Por ser verdade, firmo o presente.

Cuiaba, 21 de março, de 2023.

Luciana Gasques de Souza

Luciana Gasques de Souza

Pesquisadora principal e Médica Dermatologista Responsável pela Clínica