**Formulário de Consentimento Informado para Publicação de material identificável da Sinapse**

Para o consentimento do doente quanto à publicação das suas informações na **Sinapse**

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

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