



## – Modelos e Declarações –

1. Modelo de Declaração de Conflitos de Interesse;
2. Carta de Transferência de Direitos Autorais;
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
4. Carta Resposta aos Revisores.



## 1. MODELO DE DOCUMENTO DE DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Ao Conselho Editorial da Revista Odontológica do Hospital de Aeronáutica de Canoas:

Eu, (**nome por extenso**), autor do manuscrito intitulado (**título**), declaro que nos últimos 5 anos e para o futuro próximo que ( ) possuo ou ( ) não possuo conflito de interesse de ordem:

- ( ) pessoal,
- ( ) comercial,
- ( ) político,
- ( ) financeiro.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do presente manuscrito estão claramente informados no texto.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo:

---

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

(Local)                      (dia)                      (mês)                      (ano)

Autores:

_____ Nome do autor digitado ou em letra de forma.	_____ Assinatura
_____ Nome do autor digitado ou em letra de forma.	_____ Assinatura
_____ Nome do autor digitado ou em letra de forma.	_____ Assinatura
_____ Nome do autor digitado ou em letra de forma.	_____ Assinatura



## **2. MODELO DE CARTA DE SUBMISSÃO, RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS:**

Prezado Editor,

Encaminho(amos) o artigo intitulado \_\_\_\_\_

para análise da **Revista de Odontologia do Hospital de Aeronáutica de Canoas (HACO)**.

Por meio deste documento, transfiro(erimos), para a Revista de Odontologia do Hospital de Aeronáutica de Canoas, os direitos autorais do referido artigo e estou(amos) ciente(s) que após a sua publicação, o mesmo poderá ser reutilizado, sem a permissão dos autores, para qualquer finalidade desde que o(s) autor(es) seja(m) citado(s).

No caso de a publicação não ser aceita, a transferência de direitos autorais será automaticamente revogada após a devolução definitiva do citado trabalho, por parte da Revista de Odontologia do Hospital de Aeronáutica de Canoas, através de meio eletrônico confirmando o não aceite da publicação.

Certifico(amos) que, quando o manuscrito enviado for um relato de caso, não infringe qualquer direito de cópia ou propriedade de terceiros e que seu conteúdo não será utilizado para publicação em outras Revistas, indiferente dos formatos, impresso ou eletrônico, reservando os direitos autorais para esta referida Revista.

Certifico(amos) que participei(amos) integralmente do presente trabalho de modo a tornar pública a minha(nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo. Além disso, a versão final do trabalho foi lida e aprovada por todos os autores.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Nome completo e Assinatura do Autor

\_\_\_\_\_  
Nome completo e Assinatura do Autor

\_\_\_\_\_  
Nome completo e Assinatura do Autor



### **3. MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:**

Eu, *...(nome do sujeito da pesquisa, nacionalidade, idade, estado civil, profissão, endereço, RG)*, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado...*(título da pesquisa)*, cujos objetivos e justificativas são: *...(apresentar a que o estudo se destina e por que está sendo realizado)*

A minha participação no referido estudo será no sentido de *...(descrever o procedimento/terapêutica em linguagem acessível ao leigo – se imprescindíveis os termos técnicos, mencionar explicação entre parênteses)*.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: *(descrever os benefícios esperados, sempre em linguagem acessível ao leigo)*

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, *...(descrever todos os eventuais desconfortos e possíveis riscos de qualquer natureza que possam decorrer da sujeição à pesquisa, igualmente em linguagem acessível ao leigo)*.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. Foi-me esclarecido, igualmente, que eu posso optar por métodos alternativos, que são: *...(descrever a eventual possibilidade de o sujeito da pesquisa optar por métodos alternativos e quais são os existentes)*.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são...*(nomes dos pesquisadores e instituições a que estão vinculados em relação à pesquisa)* e com eles poderei manter contato pelos telefones...*(telefones dos pesquisadores)*

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Neste campo, rúbrica de todos os participantes (sujeito da pesquisa e pesquisadores).



Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma seguinte:

...(descrever se a forma de ressarcimento será em dinheiro, ou mediante depósito em conta-corrente, cheque, etc) . De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o Divisão Odontológica do Hospital de Aeronáutica de Canoas, no telefone (51) 3462-1267.

Canoas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

*Nome e assinatura do sujeito da pesquisa*

*Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável (responsáveis):*



#### **4. MODELO DE CARTA RESPOSTA AOS REVISORES:**

TÍTULO DO MANUSCRITO \_\_\_\_\_

AUTORES \_\_\_\_\_

##### **REVISOR 1**

Pergunta 1:

Resposta à pergunta 1:

---

---

---

---

Pergunta 2:

Resposta à pergunta 2:

---

---

---

---

##### **REVISOR 2**

Pergunta 1:

Resposta à pergunta 1:

---

---

---

---

Pergunta 2:

Resposta à pergunta 2:

---

---

---

---