



TERMO DE CONCORDÂNCIA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro para os devidos fins que tenho ciência do projeto de pesquisa ‘Registro de pacientes com Covid-19 em diálise crônica’ sob a coordenação dos Drs. Ricardo Sesso e Jocemir R. Lugon, Comitê de Registros e Projetos da Sociedade Brasileira de Nefrologia. Aceito participar do mesmo, estou ciente dos procedimentos a serem realizados, enviando informações clínicas e epidemiológicas sobre pacientes renais crônicos com Covid-19 desta clínica de diálise e obtidas em seus prontuários, para a secretaria do projeto.

Tenho conhecimento do compromisso dos responsáveis pelo projeto e da Sociedade Brasileira de Nefrologia de que os dados de identificação da clínica e dos pacientes serão mantidos sob absoluto sigilo e não serão divulgados.

Atenciosamente,

Clínica: _____

CNPJ _____

Cidade: _____ Estado: _____

Pesquisador Responsável: _____

Assinatura: _____

Telefone: () _____ e-mail: _____

Data: ___/___/___

Obs, caso outra pessoa da clinica seja designada para contatos e envio de informações, favor indicar abaixo:

Nome: _____

e-mail: _____

Telefone: () _____