**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: SISTEMA DE ANÁLISE PARA INDICAÇÃO DE ANOMALIAS DE NAS RADIOGRAFIAS PANORÂMICAS ODONTOLÓGICAS.

**JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:** O motivo que nos levam a estudar este problema é a constatação que há dificuldade por parte dos profissionais no diagnóstico de determinadas anomalias em radiografias panorâmicas, por outro lado, técnicas de processamento digital de imagens junto com a inteligência artificial podem contribuir para a análise dos padrões dessas doenças afim de auxiliar estes profissionais., a pesquisa se justifica porque o processamento digital de imagens pode destacar estas anomalias nas radiografias e a inteligência artificial consegue fornecer uma análise mais assertiva em relação a estes padrões, permitindo que a identificação de doenças difíceis de visualizar sejam indicadas aos profissionais, auxiliando em uma segunda opinião sobre o diagnóstico dos pacientes e com isso aumentando a qualidade no diagnóstico. O objetivo desse projeto é desenvolver um sistema que diminua a dificuldade no diagnóstico de doenças odontológicas difíceis de identificar em radiografias panorâmicas, mediante a análise e comparação de padrões encontrados nessas doenças. O (os) procedimento (s) de coleta de dados serão da seguinte forma: a) você será orientado sobre como utilizar o sistema desenvolvido para exploração das informações; b) você deverá utilizar o sistema desenvolvido, de forma a exploras as informações disponibilizadas e c) você deverá responder a um questionário com 10 perguntas sobre sua opinião quanto ao modelo desenvolvido.

**DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:**

Existe um desconforto mínimo para você, por conta do tempo cedido para participar desta pesquisa, mas que se justifica pela vantagem de se diminuir a dificuldade no diagnóstico de algumas anomalias nas radiografias panorâmicas.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA:**

Caso você tenha alguma dificuldade ou dúvida no uso do sistema desenvolvido, estarei à sua disposição, acompanhando todos os passos a serem realizados pessoalmente. Assim, suas questões serão resolvidas imediatamente.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:**

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da tabulação dos questionários serão enviados para você e suas respostas permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Bacharelado em Sistemas de Informação da Universidade Positivo e outra será fornecida a você.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A professora orientadora Leandro Fabian Almeida Escobar certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar os estudantes Osmary Camila Bortoncello Glober pelo telefone (41) 99775-6166 ou pelo email marycamilainfo@gmail.com, Eduardo Nascimento da Silva pelo telefone (41) 99869-1626 ou professor orientador pelo telefone (41) 8423-5242 ou pelo email leandro.escobar@up.com.br ou o Comitê de Ética de Ética da Universidade Positivo (CEP-UP) situado na Rua Pedro Viriato Parigot de Souza, 5.300 sala 8 do bloco amarelo (térreo) – Curitiba, PR pelo telefone (41) 3317- 3260 ou pelo email cep@up.edu.br ou o Conselho Nacional de Saúde situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B. Sala 104B – Brasília, DF pelo telefone (61) 3315-2150/3315-3821 ou pelo email cns@saude.gov.br.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nome Assinatura do Participante Data

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nome Assinatura do Pesquisador Data

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nome Assinatura da Testemunha Data