

São Paulo, _____ de 2024

Formulário de Consentimento para Identificação de Autores aos Revisores

Prezado(a) Autor(a),

Caso deseje ser identificado para os *referees* durante o processo de revisão de seu artigo, por favor, preencha o formulário abaixo. Lembramos que, normalmente, a revisão é conduzida de forma anônima (duplo-cega), e essa opção está sendo oferecida para autores que preferem não manter o anonimato.

Informações do(a) Autor(a):

- Nome Completo: _____
- Título do Artigo: _____
- Instituição de Afiliação: _____
- *E-mail* de Contato: _____

Declaração de Consentimento:

Eu, _____, declaro que estou ciente do processo usual de revisão duplo-cega adotado pela revista *Mundo da Saúde*, mas opto voluntariamente por permitir que minha identidade seja divulgada aos *referees* que revisarão meu artigo. Entendo que essa escolha não afetará o rigor ou a imparcialidade da avaliação de meu manuscrito.

[_____] Concordo em ser identificado(a) para os *referees*.

Assinatura: _____

Data: _____