|  |
| --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** |

|  |
| --- |
| **1. Identificação do Projeto de Pesquisa** |
| Título do projeto:  |
| Área do conhecimento:  |
| Curso:  |
| Número de participantes no centro:  | Número total de participantes:  |
| Patrocinador da pesquisa:  |
| Instituição onde será realizada:  |
| Nome dos pesquisadores e colaboradores:  |

A pessoa abaixo-identificada, que está sob sua responsabilidade, é convidada a participar do projeto de pesquisa acima identificado. Este documento contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se você ou a pessoa sob sua responsabilidade desistirem a qualquer momento, isso não lhes causará nenhum prejuízo.

|  |
| --- |
| **2. Identificação do Participante da Pesquisa e do Responsável** |
| Nome do participante da pesquisa:  | Data de nascimento:  |
| Nome do responsável:  | Data de nascimento:  |
| Vínculo do responsável com o participante da pesquisa:  |
| Profissão:  | Nacionalidade:  |
| Estado civil:  | CPF/MF:  | RG ou RNE:  |
| Endereço:  |
| Telefone:  | E-mail:  |

|  |
| --- |
| **3. Identificação do Pesquisador Responsável** |
| Nome:  |
| Profissão:  | Número do registro no Conselho:  |
| Endereço:  |
| Telefone:  | E-mail:  |

Eu, responsável pela pessoa acima identificada, autorizo sua participação, como voluntário(a), no presente projeto de pesquisa. Discuti com o pesquisador responsável sobre a minha decisão em autorizar a sua participação e estou ciente de que:

1. O(s) **objetivo(s)** desta pesquisa é(são) /ou Esta pesquisa visa a ............ (Informar o objetivo da pesquisa explicando o significado dos termos técnico-científicos em linguagem para leigo, ou seja, bem simples.)
2. O **procedimento** para a coleta de dados ............ (Descrever o todo o procedimento para a coleta de dados e material biológico do participante da pesquisa, esclarecendo todas as atividades, exames e consultas de que ele participará e o tempo de duração de sua participação, explicando o significado dos termos técnico-científicos em linguagem para leigo, ou seja, bem simples.)
3. O(s) **benefício(s)** esperado(s) (Refere-se ao participante da pesquisa/pesquisado) é(são) ............ (Descrever o(s) benefício(s) para o participante da pesquisa explicando o significado dos termos técnico-científicos em linguagem para leigo, ou seja, bem simples.)
4. O(s) **desconforto(s)** e/ou o(s) **risco(s)** esperado(s) é(são) ............ (Descrever o(s) desconforto(s) e/ou risco(s) explicando o significado dos termos técnico-científicos em linguagem para leigo, ou seja, bem simples.)
5. A **participação do maior incapaz** (ou da pessoa sob minha responsabilidade) neste projeto tem como objetivo/contribuirá ............ (Informar o objetivo da participação do pesquisado explicando o significado dos termos técnico-científicos em linguagem para leigo, ou seja, bem simples.)
6. A **participação do maior incapaz** (ou da pessoa sob minha responsabilidade) é isenta de despesas, entretanto tenho ciência de que ele não será remunerado pela sua participação na pesquisa.
7. O maior incapaz (ou a pessoa sob minha responsabilidade) tem **direito** a ............ (Por exemplo, assistência, tratamento e indenização por eventuais danos, efeitos colaterais e reações adversas) decorrentes da sua participação na presente pesquisa. (Explicar os direitos em relação à assistência a ser prestada em caso de danos e a garantia de que o participante da pesquisa será indenizado, caso haja danos, em linguagem para leigo, ou seja, bem simples. No caso de o participante da pesquisa receber e/ou ser encaminhado para tratamento e/ou assistência, deve constar o nome da instituição – hospital, clínica etc.)
8. Eu e o participante da pesquisa temos a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração do maior incapaz (ou da pessoa sob minha responsabilidade) nesta pesquisa a qualquer momento/no momento que desejarmos, sem necessidade de qualquer explicação.
9. Nossa **desistência** não causará nenhum prejuízo à saúde ou bem-estar físico, social, psicológico, emocional, espiritual e cultural do maior incapaz (ou da pessoa sob minha responsabilidade). Nossa desistência não interferirá ............ (No atendimento, na assistência, no tratamento médico que a pessoa já recebe da clínica ou ambulatório. Completar de acordo com a pesquisa que está sendo realizada, em linguagem para leigo, ou seja, bem simples.)
10. Os dados pessoais do participante da pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados os resultados da pesquisa em publicações científicas, desde que seus dados pessoais não sejam mencionados.
11. Poderei consultar o **pesquisador responsável** (acima identificado) sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e a participação do maior incapaz (ou da pessoa sob minha responsabilidade) na pesquisa.
12. Tenho a garantia de tomar conhecimento, pessoalmente, do(s) resultado(s) parcial(is) e final(is) desta pesquisa.
13. Autorizo a **gravação** em áudio e/ou vídeo do conteúdo da entrevista. (Explicar se o conteúdo completo ou parcial desta entrevista será gravado com recursos de áudio e/ou vídeo. Em caso negativo, excluir este item.)
14. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Brusque – UNIFEBE (e-mail: etica@unifebe.edu.br ou 47 3211-7000)

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma delas em minha posse.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Participante da pesquisa** | **Responsável pelo participante da pesquisa** |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Nome do pesquisador responsável pela obtenção do consentimento** |
|  |
| **Testemunhas:**  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nome:**  | **Nome:**  |
| **RG ou RNE:**  | **RG ou RNE:**  |
| **CPF/MF:**  | **CPF/MF:**  |
| **Telefone:**  | **Telefone:**  |

Testemunhas serão exigidas caso o voluntário não possa, por algum motivo, assinar o termo.