

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (MODELO SUGERIDO)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações do tema do projeto, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: _____
Professor responsável: _____
Telefone para contato: _____
Acadêmico(a) responsável pelo projeto: _____
Telefone para contato: _____

A elaboração dos tópicos abaixo deverá ser redigida de forma clara e linguagem acessível aos sujeitos da pesquisa.

- Descrição da pesquisa, objetivos, detalhamento dos procedimentos, forma de acompanhamento (informar a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo, se for o caso);
 - Especificação dos riscos, prejuízos, desconforto, lesões que podem ser provocados pela pesquisa;
 - Descrever os benefícios decorrentes da participação na pesquisa;
 - Proceder o retorno dos resultados da pesquisa aos sujeitos e instituições envolvidas;
 - Explicar procedimentos, intervenções, tratamentos, métodos alternativos;
 - Esclarecimento do período de participação, término, garantia de sigilo, direito de retirar o consentimento a qualquer tempo. Em caso de pesquisa onde o sujeito está sob qualquer forma de tratamento, assistência, cuidado, ou acompanhamento, apresentar a garantia expressa de liberdade de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/ tratamento usual;
- Nome do Professor responsável:** _____
- Assinatura do Professor responsável: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____
Nome: _____
Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____
Telefone para contato: _____