**LEMBRAMOS QUE CABE AO PESQUISADOR ADEQUAR ESTE TERMO À PESQUISA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: .......................................(colocar o título)

**A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS**: O motivo que nos leva a propor este estudo ......................................................................(doença, assunto, alteração, etc. Descreva de forma breve e em linguagem acessível os motivos, importância, etc), a pesquisa se justifica.............................. (escreva de forma breve e em linguagem acessível e a importância da pesquisa). O objetivo desse projeto é................................(coloque o seu principal objetivo em linguagem acessível). O(os) procedimento(s) de coleta de dados será da seguinte forma:..................................................(explicar como serão coletados os materiais biológicos, os dados, entrevistas, questionários (descrever quanto tempo para responder o questionário/entrevista) , etc e a freqüência que os participantes serãoequisitados.

**DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS**: A sua participação neste estudo pode gerar algum tipo de desconforto quanto............................ (descrever os tipos de desconfortos) e os riscos................................(descrever) **......(**Especificar o risco: mínimo ou risco maior que o mínimo, se for o caso. Exemplos de riscos mínimos: cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; constrangimento ao realizar exames antropométricos; constrangimento ao se expor durante a realização de testes de qualquer natureza; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e vídeo; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sexualidade, divisão de trabalho familiar, satisfação profissional ; e o risco de quebra de sigilo, obviamente, os pesquisadores sempre garantem o sigilo e fazem tudo ao seu alcance etc**)**, porém o benefício que se obterá, por exemplo........................................(descrever os benefícios), superam os mesmo.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA**: ..............................................................(Explicar com detalhes como serão encaminhados e acompanhados os participantes da pesquisa, caso apresente o problema pesquisado. Exemplo: Caso você apresente algum problema em seus exames clínico, preventivos, de rotina, etc você será acompanhado(a) e encaminhado(a) para tratamento adequado ao tipo de doença da seguinte maneira: a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, b) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, c)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,custeados pelo pesquisador ou informar a entidade/instituição, porém não poderá ser custeado pelo participante de pesquisa. Caso sejam fornecidas medicações aos participantes do estudo, se estas revelarem-se eficazes como forma de tratamento, há a obrigatoriedade de se continuar a fornecê-las ao participante enquanto se faça necessário)

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO**: Você poderá solicitar esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer etapa do estudo. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, seja por motivo de constrangimento e ou outros motivos. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados do.......................................... (exame clínico, laboratorial, da pesquisa, outro) serão enviados para você e 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. Este consentimento está impresso e assinado em duas vias, uma via será fornecida a você e a outra ficará com o pesquisador(es) responsável(eis).

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO:** A participação no estudo, não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira em caso de haver gastos de tempo, transporte, creche, alimentação, etc, deve ser previsto neste campo, uma compensação financeira que deverá ser calculada de acordo com gastos reais do participante. No caso de você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa ......................................................(deve ser explicado ao indivíduo: como, onde e quem ele deve recorrer)

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE**:

Orientação: Para indivíduos vulneráveis como crianças, adolescentes, presidiários, índios, pessoas com capacidade mental ou com autonomia reduzida devem ter um representante legal, sem prejuízo de sua autorização.

Eu, .................................................,nome do representante legal (se for o caso) fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e ou retirar meu consentimento. Os responsáveis pela pesquisa acima, certificaram-me de que todos os meus dados serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei chamar o estudante .......................................nome/endereço/telefone...............................e o pesquisador responsável................................ nome/endereço/telefone.............................................. ou ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Unoesc e Hust, que realiza a avaliação ética dos projetos enviados pelos pesquisadores, a fim de proteger todos os envolvidos e está localizado na Rua Getúlio Vargas, nº 2125, Bairro Flor da Serra, 89600-000- Joaçaba – SC, fone: 49-3551-2062 e-mail: cep@unoesc.edu.br Horário atendimento das 13h às 17h, de segunda à sexta-feira ou com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que avalia os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil, e-mail conep.cep@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.

**Assinatura do** participante pesquisado ou i**mpressão dactiloscópica**.

Assinatura:

Nome legível:

**Impressão dactiloscópica**

Endereço:

RG.

Fone:

Data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

................................................................................

**Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável**

Data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: IMPRIMIR O TERMO EM DUAS VEZES, uma via fica em posse do participante de pesquisa e a outra com o pesquisador responsável. O participante de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá RUBRICAR todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido termo. O pesquisador responsável deverá proceder da mesma forma, rubricar todas as folhas do TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido termo.**