Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Participação de Menor

**(Utilizado quando o participante da pesquisa for com adolescente de 12 a 18 anos)**

***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***

O menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob sua responsabilidade, está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “TITULO DA PESQUISA”. Neste estudo, pretendemos OBJETIVO

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): DESCREVER OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para participar deste estudo, o menor sob sua responsabilidade não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Ele será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Você, como responsável pelo menor, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação dele a qualquer momento. A participação dele é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a identidade do menor com padrões profissionais de sigilo. O menor não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo**......**(Especificar o risco: mínimo ou risco maior que o mínimo, se for o caso. Exemplos: 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).. Apesar disso, o menor tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. O nome ou o material que indique a participação do menor não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações junto ao pesquisador responsável listado abaixo ou com o acadêmico....................................., telefone.............................ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unoesc/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. Tenho ciência que posso modificar a decisão do menor sob minha responsabilidade participar do estudo, se assim o desejar. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

**Impressão dactiloscópica**

**Impressão dactiloscópica**

**Assinatura do responsável ou impressão dactiloscópica.**

Assinatura:

Nome:

Endereço:

RG.

Fone:

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

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

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

Nome legível:

Endereço:

**Telefone:**

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

**IMPORTANTE: IMPRIMIR O TERMO EM DUAS VEZES, uma via fica em posse do responsável e a outra com o pesquisador responsável. O representante 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.**