# 

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**(inserir título do projeto)**

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado,desenvolvido sob responsabilidade (inserir nome do pesquisador responsável e seu local de lotação) O presente documento contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Eu, (deixar espaço para inserir o nome do participante, nascido(a) em (deixar espaço para inserir data de nascimento dd/mm/aaaa), abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo (inserir novamente o título da pesquisa). Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

1. Explicitar o(s) objetivo(s) da pesquisa);
2. Descrever a justificativa e os procedimentos metodológicos de maneira compreensível ao participante da pesquisa;
3. Explicitar dos possíveis desconfortos, riscos e benefícios do estudo para o participante, e a garantia de que danos previsíveis serão evitados;
4. Esclarecer sobre o acompanhamento do sujeito da pesquisa durante a pesquisa e após o término;
5. Esclarecer as garantias quanto a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração na pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação ou penalização;
6. Informar sobre a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa;
7. Informar sobre a garantia de que os resultados serão mantidos em sigilo, exceto para fins de divulgação científica;

Atestado de interesse pelo conhecimento dos resultados da pesquisa.

( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa

( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

1. Informar sobre a garantia de recebimento de uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com todas as páginas rubricadas e aposição de assinatura na última página, pelo pesquisador responsável;
2. Explicitar da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas obtidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes;
3. Explicitar da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;

XI) Caso me sinta prejudicado(a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D’Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de Análises Clínicas (LAC), 1º andar, Sala 16.CEP: 58175 – 000, Cuité-PB, Tel: 3372 – 1835, E-mail: [cep.ces.ufcg@](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)gmail.com;

X) Poderei também contactar o pesquisador responsável, por meio do endereço, e-mail e telefone (inserir endereço, e-mail e telefone institucional do pesquisador responsável).

## cidade-estado, data (dd, mm,aaaa)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( )Participante da pesquisa /( )Responsável**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pesquisador responsável pelo projeto**

(inserir nome do pesquisador e matrícula)