#

# 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:

Atenção: preencher os itens em parênteses, de acordo com os dados da pesquisa. **<remover essa observação>**

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@gmail.com;

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

Observações: (**Após a leitura, retirar texto em destaque amarelo**)

1- Este roteiro contém transcrições da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

2- A estrutura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser adotada apenas como modelo. Assim sendo, algumas especificidades deverão ser incluídas de forma complementar, a exemplo da solicitação pela autorização da imagem e áudio (Resolução nº 510/2016).

3- Pesquisadores que desenvolvem projetos de pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual, devem considerar os princípios regidos no Ofício Circular nº 02/2021 ou considerar modelo de TCLE para pesquisa em ambiente virtual disponível.

4- Pesquisadores que desenvolvem projetos que se utilizam de metodologias experimentais na área biomédica, devem acessar a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e verificar as informações complementares no item IV.4.

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

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

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

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

**Pesquisador responsável pelo projeto**

(inserir nome do pesquisador e matrícula)