**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)**

**Para crianças e adolescentes (maiores que 6 anos e menores de 18 anos) e para legalmente incapaz)**

Eu, (deixar espaço para inserir nome da criança, adolescente ou legalmente incapaz), estou sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada (inserir título), que tem como objetivo(s) (inserir objetivos).

Fui informado (a) pelo (a) pesquisador (a) (inserir nome do pesquisador (a), endereço, e-mail e telefone institucional) de maneira clara e detalhada de todas as etapas da pesquisa. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novos esclarecimentos e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar, se assim o desejar.

Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que aceito participar do estudo, sabendo que tenho liberdade de recusar a responder qualquer questionamento sem que haja qualquer de prejuízo seja ele físico, psicológico ou financeiro, bem como de retirar meu consentimento a qualquer momento.

Se me sentir prejudicado (a) durante a realização da pesquisa, poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande para esclarecimentos no endereço abaixo discriminado:

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.

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

|  |
| --- |
|  |

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

**(Digitar Nome e matrícula)**

Orientador(a)/Pesquisador (a) responsável

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

Assinatura da criança, adolescente ou legalmente incapaz

OU quando aplicável, impressão dactiloscópica

da criança, adolescente ou legalmente incapaz

|  |
| --- |
|  |