**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)**

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”*

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo “*incluir o título do projeto de pesquisa*”, que será realizada no (a) *incluir o local de coleta de dados da pesquisa* recebi do (a) Sr (a) *incluir o nome do pesquisador principal da pesquisa (orientador), sua profissão e cargo*, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

2.Este estudo se destina a descrever os objetivos do estudo; considerando que a importância deste estudo é descrever baseando-se na justificativa constante na introdução do projeto de pesquisa; que os resultados que se desejam alcançar são descrever o que se espera comprovar com a realização da pesquisa, defecho; tendo início planejado para começar em incluir data prevista para início da coleta de dados, após a aprovação pelo sistema CEP/CONEP e terminar em incluir data prevista para a publicação dos resultados.

3.O (a) Senhor (a) participará do estudo da seguinte maneira descrever de forma detalhada a participação do sujeito nos procedimentos metodológicos. Sabendo que os possíveis riscos à sua saúde física e mental são descrever baseando-se no item “Riscos” do projeto de pesquisa, e serão minimizados da seguinte forma descrever baseando-se no item “Riscos” do projeto de pesquisa (como, onde, quando).

4.Os benefícios previstos com a sua participação são descrever baseando-se no item “Benefícios” descritos no projeto de pesquisa, conseguidos através de “descrever de forma clara quais as formas como o pesquisador alcançará os benefícios propostos (como, onde, quando) e no caso de palestras workshop ou uso de cartazes e folhetos (anexar documento com o conteúdo proposto (plataforma Brasil) para a apreciação ética pelo sistema CEP/CONEP); para isso o (a) Senhor (a) poderá contar com a assistência incluir o nome e a declaração do profissional responsável pela assistência, se esta for realizada por outro profissional que não o pesquisador principal. INCLUIR também o nome e a declaração do local que se responsabilizará pela assistência aos sujeitos.

5.Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

6.A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio cientifico pertinente.

7.O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

8. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “*incluir o título do projeto de pesquisa*”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

Ciente, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço do(a) participante voluntário(a):**

Residência: (rua).........................................................................................Bloco: .........

Nº: ............., complemento: .........................................................................Bairro: ......................

Cidade: ..................................................CEP.:......................................Telefone: ..........................

Ponto de referência: .......................................................................................................................

Apenas para pesquisas em que haja intervenção e possibilidades de riscos oriundo dos procedimentos para com o sujeito da pesquisa.

**Contato de urgência (participante): Sr(a): ................................................................................**

Domicílio: (rua, conjunto).........................................................................................Bloco: .........

Nº: ............., complemento: .........................................................................Bairro: ......................

Cidade: ..................................................CEP.:......................................Telefone: ..........................

Ponto de referência: .......................................................................................................................

**Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:**

Incluir dados completos como nome, telefone e endereço atualizados para que, em situações necessárias, o sujeito possa ter acesso ao pesquisador

**Instituição**:

Incluir dados completos como nome, telefone e endereço atualizados da instituição à qual pertence o pesquisador principal.

|  |
| --- |
| ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa, pertencente UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP.: 57010-382. Sala 203, segundo andar, Prédio Sede. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico: [comitedeeticaucisal@gmail.com](mailto:comitedeeticaucisal@gmail.com) . Website: <https://cep.uncisal.edu.br/> Horário de funcionamento: diariamente no horário de 13:00 as 19:00 horas. |

**Maceió, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Assinatura do pesquisador principal**  (rubricar as demais folhas) |  | **Assinatura ou impressão digital do(a) voluntário(a) ou responsável legal**  (rubricar as demais folhas) |
| **Assinatura de testemunha**  (rubricar as demais folhas) |  | **Assinatura de testemunha**  (rubricar as demais folhas) |

**Lembre-se que isto é apenas um modelo. O seu TCLE poderá conter mais itens a depender do tipo do seu estudo. Em caso de dúvidas procure o CEP antes de submeter o projeto ou consulte a resolução CNS 466/12 e a 510/16 e suas complementares em http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil**