

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”**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é **“JUSTIFICATIVA DA PESQUISA”**. Nesta pesquisa pretendemos **“OBJETIVO”**.

Caso você concorde na participação do menor vamos fazer as seguintes atividades com ele **“PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA (OBS: DESCRIVER OS PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS COM O PARTICIPANTE DE FORMA SIMPLIFICADA E EM LINGUAGEM ADEQUADA PARA LEIGOS)”**. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: **“DESCREVER OS RISCOS”**. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, **“DESCREVER A FORMA DE MINIMIZAÇÃO DOS RISCOS”**. A pesquisa pode ajudar **“DESCREVER OS BENEFÍCIOS DA PESQUISA DIRETOS OU INDIRETOS”**.

Para participar desta pesquisa, o menor sob sua responsabilidade e você não irão ter nenhum custo **(SE HOUVER GASTOS COM PASSAGEM, ALIMENTAÇÃO OU OUTROS, INDICAR “FORMA DE RESSARCIMENTO”)**, nem receberão qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se o menor tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com ele nesta pesquisa, ele tem direito a ressarcimento.

Ele terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa 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. Mesmo que você queira deixá-lo participar agora, você pode voltar atrás e parar a participação a qualquer momento. A participação dele é voluntária e o fato em não o deixar participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que ele é atendido. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O nome ou o material que indique a participação do menor não será liberado sem a sua permissão. O menor não será identificado em nenhuma publicação.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em deixá-lo participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ubá, _____ de _____ de 20__.

_____	_____
Nome e assinatura do(a) participante	Data

_____	_____
Nome e assinatura do(a) pesquisador	Data

Pesquisador responsável:

Endereço:

Contato:

E-mail :

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFJF

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FAGOC – CEP/FAGOC

Rua Doutor Adjalme da Silva Botelho, nº 549, prédio NESCOPE, Seminário

Contato: (32) 3539 5600 ramal: 287

E-mail: cep@fagoc.br