**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

 (Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos- Resolução CNS/MS n° 196/96)

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do sexo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_com\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anos de idade,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente (endereço )à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de profissão\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Carteira de identidade nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_eeu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_responsável legal de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

do sexo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_com\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anos de idade,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de profissão\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Carteira de identidade nº\_\_\_\_\_\_\_\_grau de parentesco\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prova comprobatória da responsabilidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,declaro ter sido informado detalhadamente sobre a pesquisa intitulada “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_que tem como objetivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro também estar devidamente esclarecido sobre as questões da pesquisa, bem como minha participação nela. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefício ou outra penalidade. Sei que durante o estudo não serei submetido a nenhum tipo de procedimento e que minha participação na pesquisa consistirá em\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(forma de coleta de dados). Em caso de despesas decorrentes de minha participação neste estudo, sei que será garantido o ressarcimento das mesmas.

Este estudo poderá trazer tais benefícios\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(sujeito, grupo, ciência).

O risco de sua participação neste estudo está relacionado a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (riscos de ordem física, psicológica, social ou espiritual). Contudo serão adotadas as seguintes medidas de prevenção/minimização\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (em relação aos métodos, locais, treinamento de quem coletará os dados, sigilo, anonimato, etc). Ainda, caso ocorra algum dano não previsto, serão garantidas formas de indenização em relação aos mesmos.

Assinatura do Sujeito de pesquisa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do responsável legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recebi garantias de total sigilo e de obter esclarecimentos sempre que o desejar. Sei que tenho direito a transporte no caso de eu ter que me deslocar.e sei que minha participação está isenta de despesas. Concordo em participar voluntariamente deste estudo sabendo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhuim prejuízo ou perda de qualquer benefício. Sei que posso saber informações sobre a pesquisa em qualquer momento com o pesquisador e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus/FGC.

Estou ciente que meus dados serão tratados com absoluta segurança para garantir a confidencialidade, privacidade e anonimato em todas as etapas do estudo, e de que a pesquisadora manterá estes dados arquivados durante um período mínimo de 5 anos a contar da data inicial.

Os resultados do estudo serão divulgados em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (eventos científicos, publicações, etc).

**Pesquisador responsável**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo projeto de pesquisa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura: Data:

**Contato do Pesquisador**: endereço e telefone

**Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus**: (CEP onde foi apresentado e aprovado o projeto para informações)

Rua do Cobre, nº. 800, Bairro São João de Deus, CEP 35500-227 - Divinópolis/MG, Telefone: (37) 3229.7703 ou (37) 3229.7705.

Suas informações são muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

Eu (nós),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_após ter sido suficiente e devidamente esclarecido (a), pelo (a) pesquisador (a), sobre a realização desta pesquisa, como está escrito neste termo, declaro que consinto em participar da pesquisa em questão por livre vontade não tendo sofrendo nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Assinatura do Sujeito de pesquisa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do responsável legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito de pesquisa: Data:

Assinatura do responsável legal: Data:

Nota: este termo de Consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias, ficando uma com o sujeito participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável