**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(Deve ser assinado pelos participantes da pesquisa que são menores de idade ou incapazes)**

**OBS: Este documento deverá ser escrito com linguagem acessível e compatível com o nível de compreensão dos participantes do estudo. Para maiores informações, consulte as recomendações para a elaboração do Termo de Consentimento e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TCLE e TALE) na página do CEP/URCA.**

Eu, NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL E INSTITUIÇÃO, estou realizando uma pesquisa intitulada TÍTULO DA PESQUISA, que tem como objetivo DESCREVER OS OBJETIVOS DA PESQUISA. Para isso, estou desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: DESCREVER SUSCINTAMENTE AS ETAPAS DO ESTUDO QUE ENVOLVAM O PARTICIPANTE MENOR DE IDADE.

Por essa razão, você está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa. Sua participação consistirá em DESCREVER DE FORMA DETALHADA OS PROCEDIMENTOS AOS QUAIS OS PARTICIPANTES SERÃO SUBMETIDOS, INCLUINDO A DESCRIÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DE MÉTODOS ALTERNATIVOS EXISTENTES, DOS QUAIS OS PARTICIPANTES PODERÃO OPTAR. No entanto, seus pais ou responsáveis deverão autorizar sua participação também.

O(s) procedimento(s) utilizado(s) DESCREVER O TIPO ESPECÍFICO DE PROCEDIMENTO (exame, entrevista, observação, etc.) poderá(ão) trazer algum desconforto do tipo DESCREVER O POSSÍVEL DESCONFORTO ADVINDO DE CADA PROCEDIMENTO REALIZADO. O tipo de procedimento apresenta um risco MENSURAR O GRAU DE RISCO (mínimo, baixo, médio ou elevado) PARA CADA RISCO que será reduzido mediante DESCREVER AS FORMAS DE MINIMIZAÇÃO DE CADA RISCO.

Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto ou sejam detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL ou NOME DOS DEMAIS PESQUISADORES serei(seremos) o(s) responsável(eis) pelo encaminhamento ao ESPECIFICAR O LOCAL OU SERVIÇO ESPECIALIZADO QUE PRESTARÁ ASSISTÊNCIA ESPECÍFICA AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de DESCREVER OS BENEFÍCIOS IMEDIATOS OU TARDIOS ESPERADOS QUE A PESQUISA TRARÁ DIRETAMENTE OU INDIRETAMENTE AO PARTICIPANTE OU AO GRUPO QUE ELE ESTÁ INSERIDO OU À SOCIEDADE.

Todas as informações que você nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas(Seus) RESPOSTAS, DADOS PESSOAIS, DADOS DE EXAMES LABORATORIAIS, AVALIAÇÕES FÍSICAS, AVALIAÇÕES MENTAIS etc. coletadas(os) serão confidenciais e o seu nome não aparecerá nos(as) QUESTIONÁRIOS, FITAS GRAVADAS, FICHAS DE AVALIAÇÃO etc. e nem quando os resultados forem apresentados. É compromisso do pesquisador responsável a manutenção do banco de dados em arquivo sigiloso, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos. Após o término desse prazo, o arquivo ou documentos serão destruídos/inutilizados.

Sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a pesquisa. No entanto, garantimos que caso haja alguma despesa decorrente da sua participação, você será ressarcido. Havendo algum dano eventual decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização, de acordo com a legislação brasileira.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados, pode procurar NOME COMPLETO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL E DEMAIS PESQUISADORES COM ENDEREÇO PARA CONTATO, E-MAIL E TELEFONE, nos seguintes horários DESCRIÇÃO DOS HORÁRIOS PARA CONTATO.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional do Cariri, em horário comercial, localizado à Rua Coronel Antônio Luiz, 1068, Campus Pimenta, CEP 63.105-000, telefone (88) 3102.1291, Crato/CE.

Se você estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o consentimento pós-esclarecido que se segue e receberá uma cópia deste Termo.

**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

 Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que, após leitura minuciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores.

Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetida/o e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assino o presente termo.

Cidade, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

Assinatura do participante

OU

Impressão dactiloscópica

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

Assinatura do Pesquisador

OBS: FORMATAR O TCLE PARA DEIXAR O LOCAL DAS ASSINATURAS DO PARTICIPANTE E PESQUISADOR NA MESMA FOLHA DO TEXTO.