

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

OBS: Este documento deverá ser escrito com linguagem acessível e compatível com o nível de compreensão dos participantes do estudo que são menores de idade ou incapazes. 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.