TIMBRE E/OU BRASÃO DA INSTITUIÇÃO
CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DO CURSO DE ORIGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

OBS: Este documento deverá ser escrito com linguagem acessível e compatível com o nível de compreensão dos pais ou responsáveis pelos participantes do estudo menores de idade ou legalmente incapazes. Para maiores informações, consulte as recomendações e *checklist* 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 DIRETAMENTE O PARTICIPANTE MENOR DE IDADE.

Por essa razão, seu(sua) filho(a) / seu(sua) tutelado(a) está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa. A participação dele(e) 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.

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 seu(sua) filho(a) / seu(sua) tutelado(a) 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 seu(sua) filho(a) / seu(sua) tutelado(a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. As(Os) RESPOSTAS, DADOS PESSOAIS, DADOS DE EXAMES LABORATORIAIS, AVALIAÇÕES FÍSICAS, AVALIAÇÕES MENTAIS etc. coletadas(os) serão confidenciais e o nome dele(a) 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.

A participação de seu(sua) filho(a) / seu(sua) tutelado(a) em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso você permita que ele(a) participe, não receberão nenhuma compensação financeira. Também não haverá qualquer prejuízo se ele(a) não aceitar ou se desistir após ter iniciado a pesquisa. Garantimos que caso haja alguma despesa decorrente da participação dele(a), vocês serão ressarcidos. Havendo algum dano eventual decorrente da pesquisa, vocês terão direito a solicitar indenização, de acordo com a legislação brasileira.

TIMBRE E/OU BRASÃO DA INSTITUIÇÃO
CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DO CURSO DE ORIGEM

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

Se você estiver de acordo que seu(sua) filho(a) / seu(sua) tutelado(a) participe, 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 meu filho/minha filha/meu tutelado/minha tutelada será submetida/o e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para que _____ _____ participe 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 RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE E PESQUISADOR NA MESMA FOLHA DO TEXTO.