

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012)**

Nome do participante: _____

Data de nascimento / / Idade: _____ Gênero () Masculino () Feminino

EU, acima qualificado CONCORDO em participar da pesquisa **“TÍTULO DA PESQUISA”**, coordenada pelo pesquisador responsável **“NOME DO PESQUISADOR”** e conduzida por **“NOME DO ALUNO OU DEMAIS PESQUISADORES”** aluno/pesquisador do curso de **XXXXXXXX** da Faculdade Santa Rita - FaSaR.

1. Explicaram-me que esta pesquisa se

JUSTIFICA _____

2. Ao ser convidado a participar, explicaram-me que o(s) **OBJETIVO(S)** da pesquisa

3. **PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA, COMO DETALHAMENTO DOS MÉTODOS A SEREM UTILIZADOS, INFORMANDO A POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO EM GRUPO DE CONTROLE OU EXPERIMENTAL, QUANDO APLICÁVEL.**

4. Estou ciente de que a pesquisa não trará danos à saúde dos participantes, mas pode acarretar como **RISCOS E DESCONFORTOS** _____. Os participantes **BENEFÍCIOS DIRETOS**, mas o presente estudo é importante, pois fornecerá informações relevantes que subsidiará estudos no meio científico. **PROVIDÊNCIAS E CAUTELAS A SEREM EMPREGADAS PARA EVITAR E OU REDUZIR EFEITOS E CONDIÇÕES ADVERSAS QUE POSSAM CAUSAR DANOS CONSIDERANDO CARACTERÍSTICAS NO CONTEXTO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.**

5. Explicaram-me que o(s) pesquisador(es) **GARANTIRÃO O SIGILO ABSOLUTO E PRIVACIDADE DA PESQUISA DURANTE TODAS AS FASES DA PESQUISA** quanto a minha identidade, sob sua responsabilidade e as penas sob previstas na Lei brasileira;

6. Sei que minha **PARTICIPAÇÃO É LIVRE NÃO IMPORTANDO QUAISQUER PREJUÍZOS PESSOAIS, E QUE NÃO IMPLICA QUAISQUER TIPOS DE RECEBIMENTO DE REMUNERAÇÃO, AUXÍLIO OU SUBSÍDIO. TAMBÉM SEI QUE NÃO TENHO O DEVER DE PAGAR POR MINHA LIVRE PARTICIPAÇÃO;**

7. **GARANTIA DE RESSARCIMENTO E COMO SERÃO COBERTAS AS DESPESAS TIDAS PELOS PARTICIPANTES E EXPLICITAÇÃO DA GARANTIA DE**

INDENIZAÇÃO DIANTE DE EVENTUAIS DANOS DECORRENTES DA PESQUISA. ESCLARECIMENTO SOBRE FORMA DE ACOMPANHAMENTO QUE TERÃO DIREITO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA, INCLUSIVE CONSIDERANDO BENEFÍCIOS E ACOMPANHAMENTOS POSTERIORES AO ENCERRAMENTO E/OU A INTERRUPTÃO DA PESQUISA.

8. Estou ciente de que poderei, a qualquer momento, **DESISTIR DA PARTICIPAÇÃO, SEM QUE ISSO IMPLIQUE RESPONSABILIZAÇÃO, OU O CANCELAMENTO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS POR ESTA INSTITUIÇÃO;**

9. **TEREI O DIREITO DE ME DIRIGIR, A QUALQUER MOMENTO, AO (S) PESQUISADOR (ES) E AO COMITÊ DE ÉTICA** em Pesquisa da Faculdade Santa Rita - FaSaR, para os esclarecimentos sobre dúvidas que surgirem durante a pesquisa, tendo portanto o direito à informação;

10. Por fim, **RECEBEREI UMA VIA DESTE DOCUMENTO COM OS NOMES E TELEFONES DE CONTATO DO PESQUISADOR E DO COMITÊ DE ÉTICA** em Pesquisa da Faculdade Santa Rita – FaSaR.

Declaro que concordo **LIVREMENTE** em participar desta pesquisa, pois fui totalmente esclarecido pelo pesquisador e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação neste estudo.

Conselheiro Lafaiete, de de 2018

Assinatura do participante (nome por extenso)

Nome do Pesquisador Responsável:

Telefone para contato:

E-mail:

Aluna:

Telefone para contato:

e-mail: katiackm@gmail.com

Comitê de Interno de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Rita
E-mail: fasar.cep@gmail.com

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas da Resolução 466/2012, atualizada pela Resolução 510/2016 e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Conselheiro Lafaiete, de de 2018

Assinatura do Pesquisador Responsável (nome por extenso)