

MODELO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa – (**TÍTULO DA PESQUISA**), no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador(a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA:

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

PESQUISADORES PARTICIPANTES:

PATROCINADOR:(se houver)

OBJETIVOS: descrever os objetivos da pesquisa de forma clara e em linguagem acessível aos participantes dela.

JUSTIFICATIVA: descrever de forma sucinta a justificativa do estudo.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Explicar todo o procedimento que será realizado, o que, onde, como e quando será realizada a pesquisa, para que servirão os dados, informações e demais materiais coletados do participante da pesquisa, tratamento.

RISCOS E DESCONFORTOS E MEDIDAS: descrever os possíveis riscos que poderão vir a ocorrer, prejuízos, desconfortos, lesões e medidas (ações) preventivas, minimizadoras, e corretivas dos riscos.

BENEFÍCIOS: descrever os benefícios que poderão vir a ocorrer.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Ex.: não haverá nenhum gasto com sua participação. As consultas, exames, tratamentos serão totalmente gratuitos, não recebendo nenhuma cobrança com o que será realizado. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

Em pesquisas onde o sujeito está sob qualquer forma de tratamento, assistência, cuidado, ou acompanhamento, apresentar a garantia expressa de liberdade de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento usual.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: garantia de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, os dados não serão divulgados.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, (**NOME DO VOLUNTÁRIO(A)**), declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador(a) – **NOME DO PESQUISADOR(A)** – dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP-BIOISCAL, com endereço na Rua Senador Souza Naves, 441 – 14º andar sala 141, Centro, Fone: (43) 3374-2544, no e-mail: bioiscal@iscal.com.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA: nome da cidade, data, ano.

(Nome por extenso)

(Assinatura)

NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL

(se menor de 21 anos)

(Opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.