

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Modelo / Exemplo**

Prezado Sr.(a).

**(NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, CPF E INSTITUIÇÃO)** está realizando a pesquisa intitulada **(“TÍTULO DA PESQUISA”)**, que tem como objetivos **(DESCREVER OS OBJETIVOS DA PESQUISA)**. Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: **(DESCREVER AS ETAPAS DO ESTUDO)**.

Por essa razão, o (a) convidamos a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em **(DESCREVER DE FORMA DETALHADA OS PROCEDIMENTOS ROTINEIROS E/OU ESPECÍFICOS DO ESTUDO AOS QUAIS OS PARTICIPANTES SERÃO SUBMETIDOS, INCLUINDO A DESCRIÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DE MÉTODOS ALTERNATIVOS EXISTENTES, DOS QUAIS OS PARTICIPANTES PODERÃO OPTAR)**.

Os procedimentos utilizados **(DESCREVER O TIPO ESPECÍFICO DE PROCEDIMENTO)** poderão trazer algum desconforto, como por exemplo, **(DESCREVER O POSSÍVEL DESCONFORTO ADVINDO DO PROCEDIMENTO UTILIZADO NO ESTUDO)**. O tipo de procedimento apresenta um risco **(MENSURAR O GRAU DE RISCO – MÍNIMO; MÉDIO OU ELEVADO)**, mas que será reduzido mediante **(DESCREVER AS FORMAS DE MINIMIZAÇÃO DO RISCO)**. Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto, ou seja, detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu **(NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL)** ou **(NOME DOS DEMAIS PESQUISADORES)** serei o responsável pelo encaminhamento ao **(ESPECIFICAR O LOCAL OU SERVIÇO ESPECIALIZADO QUE PRESTARÁ ASSISTÊNCIA ESPECÍFICA AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO)**.

Os benefícios esperados com este estudo são no sentido de **(DESCREVER OS BENEFÍCIOS IMEDIATOS OU TARDIOS ESPERADOS)**.

Toda informação que o(a) Sr.(a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. As **(RESPOSTAS, DADOS PESSOAIS, DADOS DE EXAMES LABORATORIAIS, AVALIAÇÕES FÍSICAS, AVALIAÇÕES MENTAIS ETC.)** serão confidenciais e seu nome não aparecerá em **(QUESTIONÁRIOS, FITAS GRAVADAS, FICHAS DE AVALIAÇÃO, ETC.)**, inclusive quando os resultados forem apresentados.

A 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 **(ENTREVISTA, AVALIAÇÕES, EXAMES ETC.)**. Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar **(NOME COMPLETO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL E DEMAIS PESQUISADORES COM ENDEREÇO PARA CONTATO 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 – CEP da (IES) .... localizado à Rua .... telefone ( ) ramal ....., Cidade. Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

Local e data

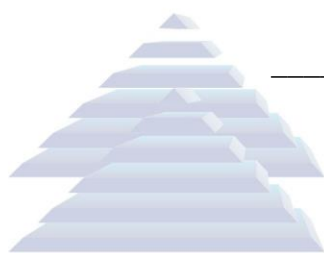
Assinatura do Pesquisador

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

**Modelo / Exemplo**

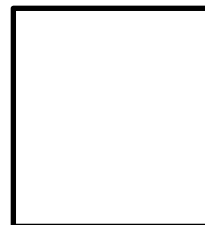
Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu \_\_\_\_\_, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (**CPF**) número \_\_\_\_\_, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores.

Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente da pesquisa ("**TÍTULO DA PESQUISA**"), assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.



\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
**UNILEÃO**  
Centro Universitário

Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador