**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**Este documento é apenas um MODELO, uma referência para você elaborar seu TCLE. Procure adaptá-lo às circunstâncias específicas de sua pesquisa.**

 Seu filho(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**TITULO DA PESQUISA**”, de responsabilidade dos pesquisadores **“NOMES”.** Nesta pesquisa pretendemos **“OBJETIVO”.** O motivo que nos leva a estudar **“JUSTIFICATIVA DA PESQUISA”**.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: “**PROCEDIMENTOS** **METODOLÓGICOS DA PESQUISA”**. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em “**RISCOS”.** A pesquisa contribuirá para **“BENEFÍCIOS DA PESQUISA DIRETOS OU INDIRETOS”**.

Para participar deste estudo o seu filho(a) não terá nenhum custo **(se houver, indicar** **“FORMA DE RESSARCIMENTO”**), nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o seu filho(a) tem assegurado o direito a indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406 de 2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 9, Inciso VI). O seu filho (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. O pesquisador tratará a identidade do seu filho(a) com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O nome do seu filho(a) ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os resultados da pesquisa serão divulgados, mas o seu filho(a) terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos resultados.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a identidade do seu filho(a) com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Caso tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considera prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com o (a) pesquisador(a) **“NOME E TELEFONE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL”,** ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário FAI de Itapiranga, pelo telefone (49) 3678-8700, no horário das 13h às 17h e das 18h40min às 22h35min.

O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado *inter* e transdisciplinar, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, de natureza técnica-científica, que tem como finalidades regulamentar, analisar e fiscalizar a realização de pesquisas que envolvem seres humanos, o cumprimento das exigências éticas e científicas fundamentais à defesa dos interesses, da integridade e da dignidade dos participantes da pesquisa.

Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em deixar meu filho(a) participar da pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Dessa forma, se você concorda em seu filho(a) participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o (a) pesquisador (a).

Nome do(a) responsável do menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome do(a) pesquisador(a) responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Uso de imagem e voz**

Obs.: Considerando os direitos dos participantes, dispostos na Resolução CNS nº 510 de 2016 em seu Artigo 9º, de terem sua privacidade respeitada; de terem garantida a confidencialidade das informações pessoais e de decidirem, dentre as informações que forneceram, quais podem ser tratadas de forma pública, deve-se inserir opções excludentes, como abaixo, para que os participantes possam exercer tais direitos.

( ) Sim, autorizo a divulgação de minha imagem e/ou voz.

( ) Não, não autorizo a divulgação de minha imagem e/ou voz.