

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Adequar a linguagem aos sujeitos da pesquisa)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa
(Título) _____ cujo objetivo é (objetivo
geral) _____ a ser realizada no (local de realização do
estudo) _____. Esta
pesquisa (justificativa da pesquisa e breve contextualização para os
participantes) _____.

Para a coleta de dados será realizada/utilizada (entrevista, observação, formulário,
coleta de materiais...) _____
que levará cerca de (tempo) _____ para ser
respondida/preenchida, em local a ser decidido junto ao responsável do serviço. As
respostas serão (gravação, filmagem...) _____. Os
dados gravados (coletados) serão transcritos, ficarão sob a responsabilidade do(a)
pesquisador(a) principal por um período de 5 anos e após serão destruídos.

Esta pesquisa envolve riscos _____ (ver Resoluções 466/12 - item V e
510/16 – artigos 18 a 21) e na ocorrência destes, os pesquisadores se comprometem com
você a _____. Você não receberá qualquer remuneração pela participação,
não terá nenhuma interferência (no seu trabalho, no seu acompanhamento na unidade
de atendimento, na lista de espera para atendimento na UBS, nos tratamentos que
está recebendo nos serviços de saúde, etc), assim como poderá retirar seu
consentimento em qualquer momento do estudo, cessando sua participação. Neste caso,
qualquer informação sua não será utilizada, sem prejuízo para a pesquisa ou para você.
Esta pesquisa trará (benefícios, contribuições) _____.
Os resultados deste estudo serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, sendo
garantido o sigilo da identidade dos participantes.

Esta pesquisa está sendo financiada (se possui, origem do financiamento)
_____.

Caso você tenha dúvidas ou necessite algum esclarecimento, entrar em contato com o
pesquisador responsável (nome) _____ pelo telefone
(____) _____ ou com o (a) residente/acadêmico (a) (nome)
_____ pelo telefone (____) _____, como
também com o Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública, pelo
telefone (51)3901-1532. (acrescentar outro Comitê de Ética, se for o caso)

(Local), ____ de _____ de 20 ____.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa (ou representante legal)

Nome e assinatura do pesquisador(a) responsável

Nome e Assinatura do acadêmico(a)/residente pesquisador(a)

**Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido respeita as Resoluções
466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.**