

PRÓ REITORIA DE PESQUISA E EXTENSÃO - FACUNICAMPS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Convidamos o (a) Sr. (a) _____
CPF nº _____ para participar da pesquisa que tem como
Título: _____
_____ sob a responsabilidade
de orientação o/a pesquisador/a _____

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo de forma voluntária.

Esta pesquisa tem por objetivo

Se o (a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: _____

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são _____

Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios resultantes da participação na pesquisa são Se o/a Sr (a) aceitar participar, as respostas obtidas por esta pesquisa poderão contribuir para: _____

Se depois de consentir a sua participação o/a Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou

depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O/a Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Entretanto, caso o/a Sr.(a) tenha alguma despesa decorrente desta pesquisa, essas despesas serão pagas pelo orçamento da pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas fases da pesquisa.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o/a pesquisador/a no seguinte e-mail _____ ou poderá entrar em contato com a Pró reitoria do Centro Universitário na Rua 234, Nº 371, Setor Coimbra. Fone 62 3091-6600.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ fui informado sobre o que o/a pesquisador/a quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias originais, as quais serão assinadas por mim e pelo/a pesquisador/a, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura ou impressão datiloscópica do/da participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador responsável

Data: ____ / ____ / ____