***(CABEÇALHO DA INSTITUIÇÃO À QUAL O/A PESQUISADOR/A RESPONSÁVEL ESTÁ VINCULADO/A)***

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO(A) MENOR DE 18 ANOS)**

Solicitamos a sua autorização para convidar o/a seu/sua filho/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ou menor que está sob sua responsabilidade) para participar, como **participante da pesquisa** (título completo da pesquisa).

Esta pesquisa é da responsabilidade do/a pesquisador/a(INSERIR NOME COMPLETO DO/A PESQUISADOR/A), endereço COMPLETO com CEP, telefone e e-mail)(inclusive para ligações a cobrar) e orientação de (INSERIR NOME COMPLETO DO/A ORIENTADOR/A), (Telefone e e-mail do/a orientador/a). Também participam desta pesquisa os/as colaboradores/as: (INSERIR nome completo, telefone e e-mail).

O/a Senhor/a será esclarecido/a sobre qualquer dúvida a respeito da participação dele/a na pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o/a Senhor/a concordar que o/a menor faça parte do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via deste termo de consentimento lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O/a Senhor/a estará livre para decidir que ele/a participe ou não desta pesquisa. Caso não aceite que ele/a participe, não haverá nenhum problema, pois desistir que seu filho/a participe é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização para ele/a, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

* **Descrição da pesquisa**: informar os objetivos, detalhamento dos procedimentos da coleta de dados COM O/A MENOR, forma de acompanhamento (informar a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo, se for o caso).
* **Esclarecimento do período de participação da criança/adolescente na pesquisa, local, início, término e número de visitas** **para a pesquisa**: Em caso de pesquisa onde a criança/adolescente está sob qualquer forma de tratamento, assistência, cuidado, ou acompanhamento, explicar procedimentos, intervenções ou tratamentos a que será submetido e quais os métodos alternativos (atualmente empregados no atendimento aos pacientes que não estão em pesquisas).

OBS: Em caso de coleta de material biológico esclarecer com detalhes a quantidade e procedimentos para sua obtenção (Ex.: serão colhidos 20ml de sangue – 1 colher das de sopa – por punção de veia do braço).

* **RISCOS diretos** **para o responsável e para os/as participantes de pesquisa:** (prejuízo, desconforto, constrangimento, lesões que podem ser provocados pela pesquisa) **informar as formas de amenizar os riscos bem como indenização, ressarcimento de despesas em caso de dano.**
* **BENEFÍCIOS diretos e indiretos para os/as participantes de pesquisa:**

OBS: Em casos de pesquisas para avaliação de prevalência ou de diagnóstico de doenças, especificar onde será o acompanhamento do paciente após o diagnóstico.

* **RESULTADOS da pesquisa:**

Informar como os resultados da pesquisa serão divulgados ao\à participante da pesquisa.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos/as **participantes de pesquisa**, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a participante de pesquisa. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas, fotos, filmagens, etc), ficarão armazenados em (pastas de arquivo, computador pessoal), sob a responsabilidade do/a (pesquisador/a), no endereço (acima informado ou colocar o endereço do local), pelo período mínimo de 5 anos.

O/a senhor/a não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação), assim como será oferecida assistência integral, imediata e gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes desta pesquisa.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFRPE no endereço: Rua Manoel de Medeiros, S/N Dois Irmãos – CEP: 52171-900 Telefone: (81) 3320.6638 / e-mail: cep@ufrpe.br (1º andar do Prédio Central da Reitoria da UFRPE, (ao lado da Secretaria Geral dos Conselhos Superiores). Site: [www.cep.ufrpe.br](http://www.cep.ufrpe.br) .

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRPE, com Parecer Consubstanciado nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CAAE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(somente preencher este campo após a aprovação).**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do pesquisador/a)**

**CONSENTIMENTO DO/A RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A PARTICIPANTE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado, responsável por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a sua participação no estudo \_\_\_\_\_\_\_(colocar o nome completo da pesquisa), como **participante de pesquisa**. Fui devidamente informado/a e esclarecido/a pelo/a pesquisador/a sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele/a. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/assistência/tratamento) para mim ou para o/a menor em questão. 

Local e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do/a responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a participante de pesquisa em participar.** 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores/as):

| **Nome:** | **Nome:** |
| --- | --- |
| **Assinatura:** | **Assinatura:** |