

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa intitulado “(título da pesquisa)” coordenado pelo(a) pesquisador(a) (nome do pesquisador principal e pesquisador associado, incluindo o Acadêmico envolvido) da FACULDADE SANTA MARCELINA.

O(A) Senhor(a)/Seu filho(a) está sendo convidado(a) para participar porque (Escrever a justificativa para a realização da pesquisa de uma forma clara e sucinta). Este estudo tem por objetivo (escrever o objetivo da pesquisa de forma sucinta. Se for relato de caso, informe que descrever a doença da qual o participante de pesquisa é portador).

Sua participação nesta pesquisa ocorrerá (descrever a quais procedimentos o participante será submetido). Para isso iremos consultar seu prontuário médico. Existe o risco mínimo de quebra de sigilo de dados ou desconforto emocional para responder a algumas perguntas. De qualquer forma, os pesquisadores se comprometem a proteger essas informações. Suas informações individuais não serão reveladas e serão utilizadas apenas pelas pessoas envolvidas nessa pesquisa e para esta pesquisa. Caso você se sinta desconfortável, pode interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento e isso não afetará seu atendimento em nosso serviço.

 Você (escrever se o participante terá algum benefício individual ou não por participar da pesquisa), mas os resultados da pesquisa poderão (beneficiar de forma indireta outros pacientes com quadro semelhante ou descrever possíveis benefícios para a sociedade). Você não receberá nenhum valor em dinheiro por participar da pesquisa, e não terá nenhum custo financeiro para participar da mesma. Você pode desistir de participar a qualquer momento e caso não concorde mais em participar, seu acompanhamento de saúde será mantido com a mesma regularidade. Se tiver interesse, podemos avisá-lo quando a pesquisa for concluída e qual o resultado que chegamos.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se quiser mais informações sobre a pesquisa, por favor, ligue para o coordenador da pesquisa (colocar o nome do coordenador da pesquisa), (telefone celular com DDD) e converse com ele(a). Caso prefira fazer o contato por e-mail, o e-mail dele(a) é: (colocar e-mail do pesquisador principal)

Em caso de dúvida em relação a esse documento, ou qualquer aspecto ético referente à pesquisa, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do FACULDADE SANTA MARCELINA localizado na Rua cachoeira de Utupanema, 40 Vila Carmosina - Itaquera, com horário de funcionamento de segunda a sexta das 8 às 16 horas, telefone (11) 2217.2110 e e-mail (cep@santamarcelina.edu.br). Caso concorde em participar da pesquisa, preencha os dados solicitados a seguir e assine este documento emitido em duas vias, autorizando a utilização destas informações para fins de pesquisa. Uma das vias permanecerá com você.

|  |
| --- |
| Após ter sido devidamente esclarecido, concordo em participar do estudo: “(colocar o título da pesquisa)”São Paulo, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_. |
| Nome completo do participante:........................................................................................................................Assinatura do participante ou responsável legal:................................................................................. |
| **Nome** **do membro da equipe da pesquisa**:........................................................................................Assinatura:............................................................................................................................................. |
| **Para participantes analfabetos**Este formulário foi lido para o participante da pesquisa, pelo membro da equipe da pesquisa, enquanto eu estava presente.Nome completo da testemunha............................................................................Assinatura: ..........................................................................................................Espaço para impressão da digital do participante analfabeto |

Procure escrever de forma sucinta para que tudo fique nesta página. A assinatura não pode ficar em uma folha isolada. Remova essa mensagem antes de concluir o termo.