

**TCLE - MODELO 1**

Elaborado por: Jardim, VLT e Senter, L

Versão n. 1/julho/2021

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

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário em uma pesquisa. Após a leitura e esclarecimento sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubrique todas as páginas e assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador.

Título da pesquisa: *(Digite aqui o título completo da sua pesquisa)*

Pesquisador responsável: *(Deve ser o coordenador do projeto, responsável pelo cadastro na Plataforma Brasil)*

Endereço: *(Digite aqui o endereço)*

Telefone para contato: (xx) xxxx-xxxx; (xx) 9xxxx-xxxx *(Digite aqui o número de telefone de contato, inclusive o pessoal de forma que o pesquisador possa ser facilmente localizado em caso de urgência)*

O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos*,* é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP/IFSC está localizado dentro da própria Instituição, à Rua 14 de julho n°150 segundo andar sala 33B Florianópolis-SC CEP (correios): 88075-010). Horário de funcionamento definido de segunda-feira a sexta-feira das 8h às 12h e das 14h às 17h para contato dos pesquisadores e participantes das pesquisas. Telefone para contato (48)3877-9054 e e-mail cepsh@ifsc.edu.br.

 O objetivo desta pesquisa é *(descreva aqui o objetivo da sua pesquisa)*.

 A sua participação na pesquisa consiste em *(descrever o procedimento metodológico de forma clara, objetiva e numa linguagem que seja acessível ao público-alvo,* sem qualquer prejuízo ou constrangimento para o pesquisado. Os procedimentos aplicados por esta pesquisa eventualmente podem oferecer riscos *(Ressalta-se que toda pesquisa tem riscos, mesmo que sejam mínimos. Descreva os riscos - psicológicos, físicos, relacionados a pesquisas on-line ...)* a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais, entretanto, informe ao pesquisador caso possua *(...alergia, pressão arterial alta ou diabetes ou outra particularidade que possa interferir na saúde do pesquisado)*. Nesse caso, você não deverá participar da pesquisa. Caso ocorram efeitos indesejáveis o(a) encaminharemos para o (*cite o serviço ou profissional de saúde previamente contatado para cuidar de possíveis efeitos indesejáveis resultantes da pesquisa*) , sendo garantida assistência imediata, sem ônus de qualquer espécie a sua pessoa com todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico. Os benefícios esperados pela sua participação na pesquisa são *(descrever os benefícios)*. A atividade não prevê nenhum tipo de ressarcimento ou compensação material para os participantes.

 As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para *(indicar onde os dados serão publicados)*, resguardando sempre sua identidade durante todas as fases da pesquisa. Ao término da pesquisa, os resultados obtidos serão retornados a sua pessoa na forma de *(como será dado o retorno aos participantes)*. Você poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato com o pesquisador responsável.

 É garantido indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa a sua pessoa.

 Após a leitura e esclarecimento de todas as dúvidas pelo pesquisador, o TCLE deverá ser rubricado por ambos (pesquisador e pesquisado), nas duas vias em todas as folhas e assinado em seu término.

**CONSENTIMENTO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos, bem como os riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e ter acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado.

Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura do participante da pesquisa:

Assinatura do pesquisador responsável: