

**PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(Maiores de 18 anos)**

**(As instruções que estão em vermelho devem ser retiradas/substituídas antes da impressão)**

**OBS:** numerar todas as folhas do TCLE; no momento da aplicação do TCLE, todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa, assim como a via que ficará em poder do pesquisador.

**ESTUDO: (Inserir título do Projeto)**

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. Este documento contém as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração nesse estudo será de muita importância para nós.

Eu, ..... (Inserir nome e profissão), residente e domiciliado(a) na ..... portador(a) da Cédula de Identidade, RG ....., inscrito(a) no CPF ..... , nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo de livre e espontânea vontade em participar do estudo (Inserir novamente o título), e esclareço que obtive todas as informações necessárias.

Estou ciente de que:

- I) O estudo se faz necessário para (Inserir a justificativa e o(s) objetivo(s), em linguagem simples, adequada ao público alvo, podendo inserir subitens caso necessário);
- II) Como metodologia do estudo, serão realizadas (Exemplo: entrevistas gravadas em áudio e vídeo, grupos focais gravados em áudio e vídeo, gravações em áudio e vídeo de situações da sala de aula, etc)
- III) A participação nessa pesquisa não envolve riscos físicos. No entanto, é possível ..... (Pode-se indicar a possibilidade de existir algum constrangimento quando da presença da filmadora e gravadores de voz, por exemplo);
- IV) Tenho a liberdade de desistir ou interromper a colaboração nesse estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V) Os resultados obtidos durante essa pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que os dados pessoais que permitam minha identificação, não sejam mencionados;
- VI) Caso eu deseje, poderei tomar conhecimento dos resultados, ao final dessa pesquisa.  
 Desejo conhecer os resultados dessa pesquisa. E-mail: \_\_\_\_\_  
 Não desejo conhecer os resultados dessa pesquisa.

Rubricas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Participante

Pesquisador

- VII) Caso tenham sido tiradas fotografias:
- Concordo que sejam incluídas em publicações científicas ou apresentações;
  - Concordo que sejam incluídas em publicações científicas ou apresentações, se meu rosto não aparecer ou estiver desfocado;
  - Não concordo que sejam incluídas em qualquer tipo de publicação ou apresentação.
- VIII) O material colhido será armazenado sob a responsabilidade do Instituto de Biociências – USP e sob a guarda da(o) (**Citar o nome do(a) pesquisador(a) responsável; no caso de aluno(a) ser responsável pela pesquisa, o(a) orientador(a) é o responsável pela guarda do material**), pelo tempo necessário para a análise dos dados e adequado mapeamento e caracterização dos resultados e de sua influência para a área da pesquisa.

São Paulo, ..... de ..... de 20.....

---

Assinatura do(a) Responsável pelo(a) Participante

---

Assinatura do Pesquisador Responsável pelo Projeto

(Indicar nome e filiação, isto é, se é mestrando, doutorando ou pesquisador/docente e qual o programa de pós; no caso de iniciação científica o orientador ficará como pesquisador responsável)

**No caso de haver dúvidas sobre aspectos éticos desse estudo, você poderá consultar:**

Devem ser informados endereço, email e telefone profissionais

**Pesquisador(a) Responsável:**

Endereço:

e-mail:

Telefone para contato:

No caso de aluno responsável pelo Projeto, informar:

**Orientador(a):**

Endereço:

e-mail:

Telefone para contato:

**Para contato com o CEP-IB:**

Comitê de Ética em Pesquisa – Seres Humanos (CEP) do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo  
Rua do Matão – travessa 14, 321 – Cidade Universitária, CEP: 05508-090 – São Paulo – SP  
Telefone (11) 3091-8761 - e-mail: cepibusp@ib.usp.br.