

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: XX

Pesquisador(a) responsável:

XXX

Contato: XXXXXXXXXXXXXXXX E-mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

A pesquisa busca investigar (objeto da investigação). Tem como objetivo geral XX.

Para o alcance desses objetivos, o(a) pesquisador(a) coordenará ações tais como: XX
XXX
XXX
XXX.

Os instrumentos de coleta de dados foram escolhidos para proporcionar um grau mínimo de riscos aos participantes, porém existe risco de

XXX
XXX
XXX
XXX.

A forma de minimizar o risco será XX
XXX
XXX.

Quanto aos benefícios, a pesquisa apresenta XX
XXX
XXX.

Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução 510/2016. Você será informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de estes poderem mudar seu consentimento em participar da pesquisa.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível por meio do telefone: XXXXXXXXXXXXX e do e-mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. O(a) senhor(a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade do Estado do Amapá para obter informações sobre esta pesquisa e/ou sobre a sua participação. **Endereço:** Rua Tiradentes, 284, Centro, CEP: 68900-098, Macapá - AP. **E-mail:** cep@ueap.edu.br. **Telefone:** +55 (96) 98109-8335. Desde já, agradecemos!

DECLARAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE

Eu, _____, abaixo assinado(a), concordo em participar da pesquisa XX.

Fui informado(a) pelo(a) pesquisador(a) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada, esclareci minhas dúvidas e recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Foi-me esclarecido que serei informado(a) de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de mudar meu consentimento em participar da pesquisa. Autorizo () Não autorizo () a publicação de eventuais fotografias que o(a) pesquisador(a) necessitar obter de mim ou do ambiente onde moro/trabalho para o uso específico do projeto de pesquisa.

Local e data:

_____/_____/____.

Assinatura do(a) Participante:

Assinatura do(a) Pesquisador(a):
