



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO  
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP  
Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José. CEP: 58107 – 670.  
Tel: 2101 – 5545, E-mail: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br).



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(TÍTULO)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

---

Eu, \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, portador da Cédula de identidade, RG \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “Título” ( inserir novamente o nome ). Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como a promessa dos esclarecimentos às dúvidas, por mim apresentadas durante o decorrer da pesquisa.



Estou ciente que:

I) O estudo se faz necessário para que se possam descobrir as possíveis causas da doença denominada “Título” (explicar o que significam os termos científicos, em linguagem para leigo, ou seja, bem simples. Explicitar objetivos e benefícios);

(se tiver coleta de sangue colocar os itens II e III. Caso contrário, escrever de que forma será feita a administração do remédio, se houver).

II) Serão feitas \_\_\_ coletas de \_\_\_ ml. de sangue, no período/intervalo de \_\_\_ (dias/meses);

III) Essa (s) coleta(s) serão feitas apenas para este estudo e em nada influenciará (influenciarão) o meu tratamento; não vai (vão) me curar; não vai (vão) me causar nenhum problema, exceto o pequeno incômodo de dor no momento da coleta (introdução da agulha para retirada do sangue). Os riscos de contaminação serão minimizados pelo uso de equipamentos de proteção individual e coleta padronizada realizada por pessoal especializado.

IV) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo; Será garantido a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa

V) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

VI) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;

VII) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

VIII) Caso deseje, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa. Estou ciente que receberei uma via deste termo de consentimento;

( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO  
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP  
Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José. CEP: 58107 – 670.  
Tel: 2101 – 5545, E-mail: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br).



IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br); ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e à Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande - PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

( ) Paciente / ( ) Responsável: \_\_\_\_\_.

Testemunha 1 : \_\_\_\_\_.  
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : \_\_\_\_\_.  
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

(Digitar Nome)  
Responsável (nome, especialização e CRM)

Telefone para contato e endereço profissional: (Digitar).