

PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Menores 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)

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

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo de livre e espontânea vontade que meu(minha) filho(a) _____, nascido(a) em ____/____/____, participe 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: gravações em áudio e vídeo de situações da sala de aula de meu filho(a), análise de atividades/trabalhos/desenhos produzidos por meu filho(a), etc);
- III) A participação nessa pesquisa não envolve riscos físicos para a criança. 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;
- 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 a identificação de meu(minha) filho(a) 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.
- VII) Caso tenham sido tiradas fotografias em que apareça meu filho(a):
☐ Concordo que sejam incluídas em publicações científicas ou apresentações.

Rubricas

Participante

Pesquisador

- ☐ Concordo que sejam incluídas em publicações científicas ou apresentações, se seu 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

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.