

PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Menores de 18 anos)

(As instruções entre parênteses e na cor vermelha devem ser retiradas ou substituídas antes da impressão do documento)

Observação: Todas as folhas do TCLE devem ser numeradas (ex.: "Página 1 de 3"). No momento da aplicação, todas as páginas — exceto a página final de assinaturas — deverão ser rubricadas pelo Pesquisador e pelo Participante/Responsável, a fim de assegurar a integridade do documento.

Seu (Sua) filho(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **(Inserir o título)**. 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.
 - ☐ 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) Os dados colhidos serão armazenados sob a responsabilidade da(o) **(Citar a instituição proponente)** 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 período mínimo de 5 (cinco anos) após o

Rubricas

Participante

Pesquisador

término da pesquisa, de acordo com o Artigo 28 da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Este documento será emitido em 2 (duas) vias originais de igual teor, sendo uma destinada ao participante da pesquisa e a outra ao pesquisador responsável.

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Responsável Legal pelo(a) Participante

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável pelo Projeto

(Informar nome completo e vinculação acadêmica: mestrando, doutorando, pesquisador ou docente, indicando o Programa de Pós-Graduação. Em projetos de Iniciação Científica, o(a) orientador(a) deve assinar como pesquisador(a) responsável).

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos ou sobre a sua participação neste estudo, você poderá entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa ou com o Comitê de Ética:

Pesquisador(a) Responsável: *(Nome completo)*

Endereço Profissional: *(Endereço institucional completo)*

E-mail: *(E-mail profissional)*

Telefone para contato: *(Telefone profissional)*

(Caso o aluno seja o responsável direto pelo projeto, informar também os dados do orientador):

Orientador(a): *(Nome completo)*

Endereço Profissional: *(Endereço institucional completo)*

E-mail: *(e-mail profissional)*

Telefone para contato: *(Telefone profissional)*

Para contato do 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.