



Obs1. Este breve roteiro da estrutura do TCLE deve ser adotado apenas como modelo. Assim sendo, algumas especificidades deverão ser incluídas de forma complementar a exemplo da solicitação pela autorização da imagem e áudio.¶

¶
Obs2. Este roteiro contém transcrições trechos transcritos da Resolução 466/2012. Em caso de dúvidas, sugerimos que a Resolução seja consultada.¶

¶
Obs3. (pesquisadores que desenvolvem projetos que se utilizam de metodologias experimentais na área de biomédica devem acessar a Resolução 466/2012 e verificar as informações complementares no item IV.4)¶

¶
Deletar este quadro após a leitura.¶

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Modelo padrão

ESTUDO: (inserir *título do projeto*)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações nspara nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, (inserir o nome, profissão, residente e domiciliado na), portador da Cédula de identidade, RG , e inscrito no CPF/MF..... 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 todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.



Estou ciente que:

- I) Explicitar o(s) objetivo(s) da pesquisa;
(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) Descrever a justificativa e os procedimentos metodológicos com detalhamento do(s) método(s)
- III) Explicitação dos possíveis desconfortos, riscos e benefícios.
- IV) Esclarecimento sobre o acompanhamento do sujeito da pesquisa durante a pesquisa e após o término
- V) Garantias quanto a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração na pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação ou penalização;
- VI) Garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa;
- VII) Garantias de que os resultados serão mantidos em sigilo, exceto para fins de divulgação científica;

Atestado de interesse pelo conhecimento dos resultados da pesquisa

- ☐ Desejo conhecer os resultados desta pesquisa
 - ☐ Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- VIII) Garantias de recebimento de uma via do TCLE
- IX) Explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes;
 - X) Explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa
- 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; Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO – HUAC



() Paciente / () Responsável

Testemunha 1 : _____

Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____

Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto: (Digitar)

Dr. RESPONSÁVEL (NOME, ESPECIALIZAÇÃO, NÚMERO DO CRM).

Telefone para contato e endereço profissional do pesquisador responsável: (Digitar)