

## TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ADOLESCENTES COM IDADE ENTRE 10 E 17 ANOS

Eu, (nome do pesquisador), estudante do curso de (curso no qual está matriculado) do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio, convido-o(a) a participar de pesquisa sobre (tema da pesquisa), que tem como objetivo (inserir o objetivo geral).

A sua participação é voluntária, sendo sua colaboração muito importante para o andamento da pesquisa, que consiste em (inserir a forma de participação, explicando com clareza em que consiste a sua participação).

Serão assegurados a você o anonimato, o sigilo das informações, a privacidade e todas as condições que lhe confiram proteção à sua dignidade, constitucionalmente garantidos. A utilização dos resultados da pesquisa será exclusiva para fins técnico-científicos. Os riscos na participação serão minimizados, mediante a atuação do pesquisador pela atenção e zelo no desenvolvimento dos trabalhos ao assegurar um ambiente seguro, confortável e de privacidade, evitando desconforto e constrangimento. Por outro lado, se você concordar em participar na pesquisa estará contribuindo para o desenvolvimento da mesma nesta área. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade será assegurada e mantida em absoluto sigilo. Caso concorde em participar, em qualquer momento você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como desistir dela e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo para você. Você não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação pela participação na pesquisa.

### Consentimento:

Declaro ter recebido de (nome do pesquisador), estudante do curso de (curso no qual está matriculado) do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações fornecidas pelo(a) meu (minha) filho(a) somente para fins técnico-científicos, sendo que o seu nome será mantido em sigilo. Autorizo a gravação da fala de meu(minha) filho(a), em ambiente confortável e de privacidade, durante a entrevista, bem como a sua utilização na pesquisa.

Declaro que meu (minha) filho(a) menor de 18 anos foi informado(a) verbalmente e por escrito sobre a finalidade e objetivos da pesquisa. Caso seja de seu interesse, ele(a) poderá, a qualquer momento, interromper a sua participação na pesquisa sem prejuízo para a sua pessoa. Fomos informados que não teremos nenhum tipo de despesa nem receberemos nenhum pagamento ou gratificação pela participação na pesquisa. Nossas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo que minha filha participe voluntariamente das atividades da pesquisa.

Assinatura do(a) participante(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Impressão de polegar  
caso não assine

Pesquisadora: (nome completo)

Rua (Endereço Completo).

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Orientadora: (titulação e nome completo)

Rua (Endereço Completo):

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa do UNICERP: Fone: (34) 3839-3737 ou 0800-942-3737

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO PATROCÍNIO**

Avenida Líria Terezinha Lassi Capuano, 466 • Caixa Postal 99 • CEP 38747-792 • Patrocínio • MG  
**Telefone: (34) 3839.3737** • Site: [www.unicerp.edu.br](http://www.unicerp.edu.br) • E-mail: [unicerp@unicerp.edu.br](mailto:unicerp@unicerp.edu.br)

Av. Liria Terezinha Lassi Capuano, 466, Campus Universitário - Patrocínio – MG, CEP: 38740.000

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO PATROCÍNIO**

Avenida Líria Terezinha Lassi Capuano, 466 • Caixa Postal 99 • CEP 38747-792 • Patrocínio • MG  
**Telefone: (34) 3839.3737** • Site: [www.unicerp.edu.br](http://www.unicerp.edu.br) • E-mail: [unicerp@unicerp.edu.br](mailto:unicerp@unicerp.edu.br)

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS DE ADOLESCENTES MENORES DE 18 ANOS

Senhores pais,

Venho solicitar-lhes a autorização para (**inserir forma de participação**) de seu/sua filho(a) para a pesquisa intitulada “(**introduzir o título da pesquisa**)”, que estou desenvolvendo como estudante do curso de (**curso no qual está matriculado**) do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio.

O objetivo da pesquisa é (**explicar os objetivos de forma clara e precisa**). De acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisas/MS, garanto-lhe que não será revelado o nome de seu/sua filho(a) e que as informações obtidas serão para uso somente dessa pesquisa e para divulgação dos resultados em trabalhos técnico-científicos. Os riscos na participação consistem em (**descrever claramente os riscos inerentes ao desenvolvimento da pesquisa**), todavia, há o comprometimento de minimização destes mediante a atuação do pesquisador pela atenção e zelo no desenvolvimento dos trabalhos em assegurar ambiente seguro, confortável e de privacidade, evitando desconforto e constrangimento. Por outro lado, se você concordar em participar na pesquisa estará contribuindo (**inserir os benefícios em participar da pesquisa**).

Caso concordem que sua filha participe dessa pesquisa, solicito assinar este termo de consentimento.

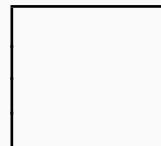
### Consentimento:

Autorizo meu/minha filho(a) \_\_\_\_\_ a participar de pesquisa realizada pelo(a) pesquisador (**nome completo**) sobre (**inserir tema**) e que as informações prestadas por ela sejam gravadas, analisadas e transcritas, e os resultados do estudo sejam divulgados somente para fins técnico-científicos. Fui informado que a identificação de meu/minha filho(a) será mantida em absoluto sigilo para preservar sua privacidade e que, tendo o endereço e telefone do(a) pesquisador(a), poderei solicitar informações ou a liberação da participação de meu/minha filho(a), em qualquer momento da pesquisa.

Assinatura do(a) participante(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.



Impressão de polegar  
caso não assine

Pesquisadora: (**nome completo**)

Rua (**Endereço Completo**):

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Orientadora: (**titulação e nome completo**)

Rua (**Endereço Completo**):

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa do UNICERP: Fone: (34) 3839-3737 ou 0800-942-3737

Av. Liria Terezinha Lassi Capuano, 466, Campus Universitário - Patrocínio – MG, CEP: 38740.000

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO PATROCÍNIO**

Avenida Líria Terezinha Lassi Capuano, 466 • Caixa Postal 99 • CEP 38747-792 • Patrocínio • MG  
**Telefone: (34) 3839.3737** • Site: [www.unicerp.edu.br](http://www.unicerp.edu.br) • E-mail: [unicerp@unicerp.edu.br](mailto:unicerp@unicerp.edu.br)