

**MODELO DE TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)
PARA RELATO DE CASO**

Crianças e Adolescentes

(O TALE não deve ser uma cópia do projeto, com termos técnicos; a linguagem deve ser adaptada ao participante, ou seja, clara e simples. Para apresentação do TALE ao CEP, preencher todos os locais hachurados em amarelo).

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa chamada "**TITULO DA PESQUISA**". Para esta pesquisa, precisaremos fazer o seguinte: "**DESCREVER SUCINTAMENTE PARA O PARTICIPANTE OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA**". Você precisa saber que pode haver alguns riscos, embora sejam muito pequenos. Estes podem ser: "**DESCREVER OS RISCOS E A FORMA COMO SERÃO MINIMIZADOS**". Esta pesquisa será muito útil, pois "**BENEFÍCIOS DA PESQUISA DIRETOS OU INDIRETOS PARA OS PARTICIPANTES**".

Seus pais e/ou responsáveis sabem de tudo o que vai acontecer durante a divulgação do seu caso clínico e permitiram a divulgação e/ou publicação do seu caso. Mas, você não é obrigado(a) a autorizar essa divulgação e, se não quiser autorizar, não haverá qualquer penalidade ou modificação na forma como é tratado.

Ninguém saberá ou poderá identificar você quando ver os resultados da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem cederemos informações que você nos der.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizado. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

() ACEITO PARTICIPAR
() NÃO ACEITO PARTICIPAR

Campinas, _____ de _____ de 20__.

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP – Comitê de Ética Faculdade São Leopoldo Mandic

Rua José Rocha Junqueira, 13 13045-755 Campinas/SP Fone: (19) 32113600
cep@slmandic.edu.br

Ou

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)

Ministério da Saúde - Esplanada dos Ministérios Edifício Anexo Bl. G Ala B Sl. 13-B
Brasília/DF, 70.058-900

Telefone: (61) 3315-2951
e-mail: conep@saude.gov.br

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo de relato de caso e na obtenção deste termo de consentimento livre e esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o relato de caso foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Nome do Pesquisador Responsável:

Endereço:

Fone: (XX) E-mail:

(Assinatura do pesquisador)

Data: ____/____/____.