**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é (nome do pesquisador responsável) e faço parte da equipe de pesquisadores da (instituição em que estão vinculados os pesquisadores) A Equipe é formada pelos (citar o nome dos demais pesquisadores), que também estão participando deste projeto.

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, no projeto de pesquisa (citar o título do projeto) na área de (citar a área de conhecimento da pesquisa). Estamos aqui para explicar a você tudo sobre este projeto e esclarecer todas as suas dúvidas, para assim, termos o seu consentimento em participar do mesmo. Este Projeto é de responsabilidade do Pesquisador Principal (citar o nome do pesquisador), da Instituição (citar o nome da instituição) e será realizado (citar o local onde o projeto será desenvolvido). Esta pesquisa deseja avaliar (citar o objetivo).

 Participando desta pesquisa você (citar aqui os benefícios e também se o sujeito corre ou não corre riscos, e se sim, citar os riscos e sua graduação, ou seja, risco mínimo, moderado ou elevado)*.*

 Você tem total liberdade para não aceitar participar desta pesquisa e, se decidir participar, poderá, em qualquer momento, solicitar sua saída. Isto não lhe trará nenhum prejuízo na maneira como a equipe continuará lhe acompanhando.

 Sua participação nesta pesquisa é sigilosa, e não haverá nenhuma divulgação de sua participação, ou seja, em nenhum momento aparecerá seu nome em qualquer documento da pesquisa. Os dados coletados são exclusivamente para uso nesta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros. Todas as informações serão guardadas de forma sigilosa, e após cinco anos serão destruídas.

 A duração desta pesquisa é de (citar o tempo em meses ou anos) e ao final da conclusão da mesma os resultados serão tornados públicos e disponíveis para acesso de qualquer pessoa.

 Se você tem alguma dúvida sobre este projeto pergunte para os pesquisadores antes de assinar sua participação. Este documento comprova que você foi devidamente esclarecido sobre o que é esta pesquisa, seus riscos e benefícios. Se você concorda em participar rubrique todas as folhas, preencha com seus dados e assine, sendo que uma via assinada ficará com você e outra com o pesquisador.

*Título da Pesquisa:*

*Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rubrica do sujeito participante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_TCLE - Pág. Nº \_\_de\_\_\_.*

 Em qualquer momento, mesmo depois de assinar este documento, se você tiver dúvida sobre o projeto, ou se quiser abandonar a pesquisa, poderá entrar em contato com o Pesquisador responsável (nome completo do pesquisador, contato de e-mail e telefone do mesmo). E, se ainda restarem dúvidas sobre a pesquisa, sobre os pesquisadores ou sobre os seus direitos em participar, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pompéia, localizado no próprio Hospital Pompéia, na Avenida Julio de Castilhos, 2163, 9° andar, Centro, Caxias do Sul/RS, presencialmente nas terças-feiras, das 08h00min às 12h00min e nas sextas-feiras das 13h30min às 17h30min. Para os demais dias o contato pode ser telefônico (54) 32208086 ou por e-mail: cep01@pompeia.org.br.

Se você está esclarecido e desejar participar, prossiga preenchendo os campos abaixo. E, se não deseja participar, simplesmente devolva este documento ao pesquisador.

**Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_portador (a) do RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ou do CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: (citar o título do projeto)*,* sob a responsabilidade de (citar o nome do pesquisador principal), como sujeito voluntário.

Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência e ou tratamento.

Nome do participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nome do Pesquisador Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Caxias do Sul/RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_.

*Título da Pesquisa:*

*Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rubrica do sujeito participante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_TCLE - Pág. Nº \_\_de\_\_\_.*