**(**Este termo deve ser apresentado da mesma forma que será enviado ao participante da pesquisa, inclusive na sua formatação)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Lembre-se de escrever de forma clara, pense no público alvo que receberá este convite para a participação da pesquisa, ele precisa entender de forma simples como a mesma será realizada)

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa: “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”.

**A JUSTIFICATIVA,**

**OS OBJETIVOS**

**E OS PROCEDIMENTOS:** (Deverá explicar todas as etapas/fases da pesquisa, de forma clara e sucinta)

**DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS**: (Toda pesquisa que envolve seres humanos apresenta riscos e os mesmos devem ser relatados aqui. Os benefícios podem ser relacionados diretamente ao participante da pesquisa ou indiretamente quando os benefícios são relacionados ao conhecimento alcançado na pesquisa em si)

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** (explicar como serão assumidos os custos diretos e indiretos da pesquisa, esclarecer também, sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO**: O(A) Sr(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O(A) Sr(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de qualquer benefício, você possui garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa que absorverá qualquer gasto relacionado garantindo assim não oneração de serviços de saúde. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com respeito e seguirão padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados pessoais dos participantes de pesquisa. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação resultante deste estudo. Uma **via** assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada no (inserir aqui o local em que será guardado uma via deste documento: Faculdade, Laboratório, etc...) outra será fornecida ao Sr(a). O estudo poderá ser interrompido mediante aprovação prévia do CEP quanto à interrupção ou quando for necessário, para que seja salvaguardado o participante da pesquisa

D**ECLARAÇÃO** **DO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

 Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. O pesquisador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente os pesquisadores terão acesso. Também sei que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o pesquisador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h telefone, (11) 3061-7779, e-mail: coep@fsp.usp.br, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Para maiores informações sobre os direitos dos participantes de pesquisa poderá também consultar a Cartilha dos Direitos dos Participantes de Pesquisa elaborada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que está disponível para leitura no site: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha\_Direitos\_Partici pantes\_de\_Pesquisa\_2020.pdf

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Nome Assinatura do Participante Data

Pesquisador Assinatura do Pesquisador Data