

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) seu(ua) filho(a)/dependente está sendo convidado a participar de uma pesquisa (de iniciação científica, de graduação, de mestrado, de doutorado, etc) intitulada (inserir o título), que fará (avaliação, entrevista, etc), tendo como objetivo (objetivos geral e específicos/questões central e norteadoras). Serão previamente marcados a data e horário para (medições, perguntas, avaliações, etc...), utilizando (entrevista, equipamento, questionário, etc...). Estas medidas serão realizadas no (nome da Instituição/centro ou outro local). Também serão realizados (oficinas, exercícios, atividades, dinâmicas, etc). Não é obrigatório (participar de todas as oficinas, responder a todas as perguntas, submeter-se a todas as medições, etc).

O(a) seu(ua) filho(a)/dependente e seu/sua acompanhante não terão despesas e nem serão remunerados pela participação na pesquisa. Todas as despesas decorrentes de sua participação serão ressarcidas. Em caso de danos, decorrentes da pesquisa será garantida a indenização.

Os riscos destes procedimentos serão (caracterizar como: mínimos, médios ou máximos) por envolver (descrever os riscos de acordo com os procedimentos metodológicos da pesquisa, bem como a forma de minimizá-los caso ocorram).

A identidade do(a) seu(ua) filho(a)/dependente será preservada pois cada indivíduo será identificado por um número (caso seja imprescindível uma relação que identifique o sujeito à pesquisa, deve-se justificar tal procedimento, dando plena liberdade ao sujeito para não aceitar).

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão (descrever os benefícios teóricos e empíricos, a curto e longo prazo, etc).

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores (estudante de graduação [nome], o estudante de mestrado [nomes], o professor responsável [nome]) Caso seja necessário, deve-se informar a formação/qualificação dos envolvidos (antropólogo, médico, enfermeiro, educador, etc).

O(a) senhor(a) poderá retirar o(a) seu(ua) filho(a)/dependente do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso dos dados do(a) seu(ua) filho(a)/dependente para a produção de artigos técnicos e científicos. A privacidade do(a) seu(ua) filho(a)/dependente será mantida através da não-identificação do nome (caso seja imprescindível uma relação que identifique o sujeito à pesquisa, deve-se justificar tal procedimento, dando plena liberdade ao sujeito para não aceitar).

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA CONTATO:

NÚMERO DO TELEFONE:

ENDEREÇO:

ASSINATURA DO PESQUISADOR:

Comitê de Ética em Pesquisa Centro Universitário Unifacvest  
Avenida Marechal Floriano, 947. Centro – CEP – 88.501-403. Lages – SC.  
Fone: (49) 3225 4114 / (49) 3223 3433 – E-mail: cep@unifacvest.edu.br  
CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
SRTV 701, Via W 5 Norte – Lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040  
Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

Comitê de Ética em Pesquisa Centro Universitário Unifacvest  
Avenida Marechal Floriano, 947. Centro – CEP – 88.501-403. Lages – SC.  
Fone: (49) 3225 4114 / (49) 3223 3433 – E-mail: cep@unifacvest.edu.br  
CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
SRTV 701, Via W 5 Norte – Lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040  
Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a respeito do meu(minha) filho(a)/dependente serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em meu(minha) filho(a)/dependente, e que fui informado que posso retirar meu(minha) filho(a)/dependente do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

Comitê de Ética em Pesquisa Centro Universitário Unifacvest  
Avenida Marechal Floriano, 947. Centro – CEP – 88.501-403. Lages – SC.  
Fone: (49) 3225 4114 / (49) 3223 3433 – E-mail: [cep@unifacvest.edu.br](mailto:cep@unifacvest.edu.br)

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
SRTV 701, Via W 5 Norte – Lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040  
Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)