**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa <TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA>, coordenado por mim <CARGO E NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL>. O objetivo dessa pesquisa é <INCLUIR OBJETIVO GERAL>. Gostaria de contar com sua participação, uma vez que <INCLUIR AQUI RELEVÂNCIA SOCIAL E CIENTÍFICA DA PESQUISA - JUSTIFICATIVA>.

Caso aceite participar dessa pesquisa será necessário <INCLUIR OS PROCEDIMENTOS PELOS QUAIS O PARTICIPANTE SERÁ SUBMETIDO>, em local adequado <INCLUIR O LOCAL EM QUE SERÃO REALIZADOS OS PROCEDIMENTOS>; por membro da equipe da pesquisa devidamente capacitado, com tempo estimado de <INCLUIR O TEMPO ESTIMADO PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS>, na data de <INCLUIR DIA, HORÁRIO OU ESTRATÉGIAS PARA DEFINIÇÃO DA DATA>.

Os riscos previstos de sua participação nessa pesquisa são <INCLUIR RISCOS DIRETOS E INDIRETOS PREVISTOS>. Como medidas para minimizar estes riscos serão tomadas as seguintes providências <INCLUIR AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO PREVISTAS PARA MINIMIZAR OS RISCOS>.

Como benefício direto de sua participação na pesquisa espera-se <INCLUIR OS BENEFÍCIOS DIRETOS AO PARTICIPANTE OU A AUSÊNCIA DELES>; bem como <DESCREVER OS BENEFÍCIOS INDIRETOS>.

Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo quanto <INCLUIR A ASSISTÊNCIA/PROCEDIMENTO/SERVIÇO QUE O PARTICIPANTE ESTEJA RECEBENDO>, para isso basta dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC-UFTM.

Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Os dados obtidos de você (material biológico, questionários, imagens, gravações em vídeo) serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa e serão destruídos ou descartado <INCLUIR AQUI A FORMA DE DESTRUIÇÃO E/OU DESCARTE> após <INCLUIR AQUI O TEMPO EM ANOS> do fim da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Contato

Pesquisador Responsável:

Endereço:

E-mail:

Telefone/Celular:

\*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC-UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima referente a pesquisa <TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA>, coordenado pelo <CARGO E NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL>. Compreendi para que serve a pesquisa e quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o(a) <INCLUIR PROCEDIMENTO/ ATENDIMENTO/ ASSISTÊNCIA> que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Concordo em participar da pesquisa, <NOME DA PESQUISA>, e receberei uma via assinada deste documento.

LOCAL, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME/ ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO e/ou RESPONSÁVEL LEGAL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

<ASSINATURA, NOME, TELEFONE E CELULAR>

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

<ASSINATURA, NOME, TELEFONE E CELULAR>

PESQUISADOR ASSISTENTE