**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(modelo)**

Eu (Nós), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome(s)) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(professor/aluno de graduação |aluno de pós-graduação) da Universidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estou(amos) convidando você (ou seu filho/menor pelo qual é responsável),  a participar de um estudo intitulado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Este estudo é importante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Justificar a importância e/ou necessidade da pesquisa).

a) O objetivo desta pesquisa é (descrever o objetivo da forma mais clara e sucinta possível).

 b) Caso você participe da pesquisa, será necessário (descrever da forma mais detalhada possível todos os procedimentos a que o participante será submetido – exames, consultas, coletas, questionários – listando as restrições a serem obedecidas, se for o caso).

 c)Para tanto você deverá comparecer  no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(citar o local e endereço) para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(descrever a natureza da intervenção – consultas médicas, exames de laboratório, preenchimento de questionário), o que levará aproximadamente \_\_\_\_\_\_\_\_ (incluir o tempo aproximado que o participante terá que despender em cada etapa da pesquisa).

 d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a \_\_\_\_\_\_

(descrever os possíveis desconfortos físicos e/ou psicológicos – cansaço, dor, constrangimento...)

E terá a garantia do tratamento gratuito na Clínica de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná perante quaisquer danos ocasionados pelo estudo.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser (descrever os riscos eventuais, diretos ou indiretos, por menores que sejam – mesmo em entrevistas há risco, como constrangimento).

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são (descrever de forma clara e objetiva os benefícios). Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE\_\_\_\_\_\_\_\_

g) Os pesquisadores \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome dos pesquisadores) responsáveis por este estudo poderão ser localizados \_\_\_\_\_\_\_ (local, endereço comercial, e-mail e telefone fixo), no horário \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (horário que os pesquisadores poderão ser encontrados) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

 h) Você também, se desejar, poderá optar por tratamento alternativo ao que está sendo proposto. Este tratamento consiste em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (descrever os tratamentos alternativos). [Excluir este item caso não se aplique à pesquisa]

 i) Neste estudo será utilizado um grupo controle e um grupo placebo.  Isto significa que você poderá receber o tratamento que normalmente as pessoas recebem (grupo controle) ou um remédio que não tem efeito (placebo). Se você receber o placebo, os riscos podem ser \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (descrever os riscos eventuais do grupo placebo – aumento dos sintomas, ausência de melhora dos sintomas etc.) [Excluir este item caso não se aplique à pesquisa].

 j) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (atendimento e/ou tratamento) está garantido e não será interrompido caso o você desista de participar. [Excluir esta última frase caso não se aplique à pesquisa]

k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas \_\_\_\_\_\_\_\_ (mencionar quem são – orientador, médico, autoridade sanitária, etc.). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

l) O material obtido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (amostras biológicas, questionários, imagens e vídeos) será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (informar o destino que será dado ao material) ao término do estudo, **dentro de 05 anos.**

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE\_\_\_\_\_\_\_\_

m) A sua participação nesse estudo acarretará custos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (descrever as despesas – exames, medicamentos, transporte, etc.), você será imediatamente e integralmente ressarcido(a) de todos os gastos. No caso de algum dano, imediato ou tardio, decorrente da sua participação nesta pesquisa, você também tem o direito de ser indenizado(a) pelo pesquisador(a), bem como a ter o direito a receber assistência de saúde gratuita, integral e imediata. Ao participar dessa pesquisa você não abrirá mão de seus direitos, incluindo o direito de pedir indenização e assistência a que legalmente tenha direito.

n) Se você sofrer algum dano ou doença, previsto ou não neste termo de consentimento, comprovado e relacionado com sua participação nesta pesquisa, o pesquisador pagará as despesas médicas necessárias e decorrentes do tratamento, pelo tempo que for necessário. E ainda, terá a garantia do tratamento gratuito na Clínica de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná perante quaisquer desconfortos ocasionados pelo estudo. Você não renunciará de seus direitos legais ao assinar este termo de consentimento, incluindo o direito de pedir indenização por danos resultantes de sua participação no estudo

o) Você terá a garantia de que problemas como \_\_\_\_\_\_\_ (elencar os possíveis problemas) decorrentes do estudo serão tratados no \_\_\_\_\_\_\_\_ (colocar o local que o participante será tratado, atendido ou cuidado). [Excluir esse item caso não se aplique à pesquisa].

p) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, ou serão apresentados apenas dados gerais de todos participantes da pesquisa.

q) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo telefone (041) 3331-7668 / e-mail: comitedeetica@utp.br. Rua: Sidnei A. Rangel Santos, 245, Sala 04 - Bloco PROPPE. Horário de atendimento das 13:30 às 17:30.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios [e os tratamentos alternativos, (quando for o caso)]. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim [e sem que esta decisão afete meu tratamento | atendimento (quando for o caso)]. [Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa | tratamento **>** informar neste caso o que o participante pode ou não pode fazer]. [Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item o].    **[Excluir as frases em azul caso não se apliquem à pesquisa e no documento final]**

Eu receberei uma via assinada e datada deste documento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

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

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

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

[Nome e Assinatura do Pesquisador]