

## MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) Sr (a). está sendo convidado a participar da pesquisa: "**TÍTULO DA PESQUISA**" que tem por objetivo **DESCRIÇÃO BREVE DOS OBJETIVOS EM LINGUAGEM ACESSÍVEL**.

Essa pesquisa será realizada com **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES** no **CARACTERÍSTICAS DO CAMPO DA PESQUISA**. Não participarão da pesquisa pessoas com **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**.

Sua participação no estudo consistirá em **RESPONDER ALGUMAS QUESTÕES/PARTICIPAR DE PESQUISA DE OPINIÃO/PARTICIPAR DE GRUPO FOCAL/ETC** sobre **ASSUNTO DA PESQUISA/CAMPO DA PESQUISA**. A entrevista/coleta de dados/grupo terá uma duração de mais ou menos XXX minutos.

Se houver algum problema relacionado com a pesquisa o senhor será encaminhado para o **LOCAL PARA ATENDIMENTO** onde será **ATENDIDO/ACOMPANHADO E PODERÁ SER ENCAMINHADO PARA O SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO SEU MUNICÍPIO PARA ACOMPANHAMENTO**.

Os riscos com essa pesquisa são **MÍNIMOS/MODERADOS/ALTOS**, sendo que o Sr. pode se sentir **DESCONFORTÁVEL EM RESPONDER ALGUMA PERGUNTA/SOFRER TONTURAS, DORES, ETC (INFORMAR O QUE PODE SER ESPERADO COM A PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA)**, mas o Sr. tem a liberdade de não responder ou interromper a **ENTREVISTA/PARTICIPAR** em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu atendimento.

O Sr. tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista/coleta de dados, sem qualquer prejuízo. Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações. O Sr. não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o Sr. poderá entrar em contato com o coordenador responsável pelo estudo: **NOME DO COORDENADOR**, que pode ser localizado no **LOCAL DE TRABALHO DO COORDENADOR (telefone 11-\_\_\_\_\_)** das 8 às 17h (OU A HORA QUE TEM DISPONÍVEL PARA **RESPONDER DÚVIDAS DA PESQUISA**) ou pelo email **EMAIL DO COORDENADOR**, ou com **DADOS DE ASSISTENTE DE PESQUISA/SUPERVISOR DE CAMPO/ALUNO DE PÓS-GRADUAÇÃO**. O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, também poderá ser consultado caso o Sr. tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ÉTICA da pesquisa pelo telefone 11-3116-8606 ou pelo email cepis@isaude.sp.gov.br.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para **PRINCIPAIS RESULTADOS ESPERADOS DA PESQUISA/BENEFÍCIOS IMEDIATOS OU NÃO**.

Este termo será assinado em duas vias, pelo senhor e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou foi lido para mim, sobre a pesquisa: "**TÍTULO DA PESQUISA**". Discuti com o pesquisador **NOME DO COORDENADOR DA PESQUISA** ou com seu substituto, responsável pela pesquisa, sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do entrevistado \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado **OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso)** para a sua participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_