**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – IFRS**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO – PROPPI**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

**MODELO: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Prezado (a) Senhor (a)**

Você está sendo respeitosamente convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: “...”, cujos objetivos são (DESCREVER OS OBJETIVOS). Este projeto está vinculado a (ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO, DOUTORADO).

A pesquisa será feita no/a (LOCAL), através de (ENTREVISTA, PREENCHIMENTO DE QUESTIONÁRIO, GRUPO FOCAL...), que poderá ser gravada e/ou filmada, após minha autorização. Para a coleta de dados será utilizado/a (INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS).

Fui alertado (a) que este estudo apresenta risco mínimo (OU RISCO MAIOR QUE O MÍNIMO, SE FOR O CASO), isto é*,* (DESCREVER O RISCO EXISTENTE. Ex: mobilizar sentimentos e percepções; causar desconforto pelo desconhecimento... )*.* Caso isso ocorra, serei encaminhado para (IDENTIFICAR LOCAL OU PROFISSIONAL), a fim de receber o acompanhamento necessário. Além disso, diante de qualquer tipo de questionamento ou dúvida poderei realizar o contato imediato com um dos pesquisadores responsáveis pelo estudo que fornecerá os esclarecimentos necessários.

Foi destacado que minha participação no estudo é de extrema importância, uma vez que espera-se (DESCREVER OS BENEFÍCIOS ESPERADOS).

Estou ciente e me foram assegurados os seguintes direitos:

- da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo de qualquer ordem;

- da segurança de que não serei identificado (a) e que será mantido caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;

- de que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2016 do Conselho Nacional de Saúde;

- do compromisso de ter acesso às informações em todas as etapas do estudo, bem como aos resultados, ainda que isso possa afetar meu interesse em continuar participando da pesquisa;

- de que não haverá nenhum tipo de despesa ou ônus financeiro, bem como não haverá nenhuma recompensa financeira relacionada à minha participação;

- de que não está previsto nenhum tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos;

- de não responder qualquer pergunta que julgar constrangedora ou inadequada.

=========================================================================

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do documento de identidade (NÚMERO), aceito participar da pesquisa intitulada: “...”. Fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada, bem como sobre a metodologia que será adotada, sobre os riscos e benefícios envolvidos. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

**Uso de imagem/gravação (**SE NECESSÁRIO)

Autorizo o uso de minha (DESCREVER O TIPO: IMAGEM; ÁUDIO; OU OUTRO) para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito a (DESCREVER AS FORMAS DE UTILIZAÇÃO DA IMAGEM, FOTO, ÁUDIO OU OUTRO).

Local, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do (a) participante | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do (a) pesquisador(a) |

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

**CEP/IFRS**

**E-mail:** cepesquisa@ifrs.edu.br

**Endereço:** Rua General Osório, 348, Centro, Bento Gonçalves, RS, CEP: 95.700-000

**Telefone:** (54) 3449-3340

**Pesquisador(a) principal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefone para contato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-mail para contato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_