**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 ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa intitulado: “NOME DO PROJETO”. Seus pais/responsáveis permitiram que você participe. Este projeto está vinculado a (TCC, ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO, DOUTORADO, EDITAL No.). Nessa pesquisa pretendemos (DESCREVER OS OBJETIVOS DE FORMA SUCINTA E COM LINGUAGEM APROPRIADA AO PÚBLICO ALVO).

Essa pesquisa será feita no/a (LOCAL), através de (ENTREVISTA, QUESTIONÁRIO, GRUPO FOCAL, OBSERVAÇÃO, TESTES, ETC.), que poderá ser gravada e/ou filmada, apenas após sua autorização. Para a coleta de dados será utilizado/a (DESCREVER INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DE DADOS).

Me disseram que este estudo apresenta risco (MÍNIMO, BAIXO, MODERADO OU ELEVADO) para mim (a), isto é*,* (DEIXAR CLARO NA DESCRIÇÃO, QUAL O RISCO EXISTENTE. EXEMPLOS DE RISCOS DE ORIGEM EMOCIONAL, PSICOLÓGICA OU INTELECTUAL NO CASO DE PESQUISAS NA ÁREA DE CIÊNCIAS HUMANAS: possibilidade de constrangimento ao responder o questionário, desconforto, medo, vergonha, estresse, quebra de sigilo, cansaço ao responder às perguntas, quebra de anonimato)*.* Caso isso ocorra, serei encaminhado(a) para (IDENTIFICAR LOCAL OU PROFISSIONAL – o mesmo não poderá ser um membro do CEP, nem o próprio pesquisador. O encaminhamento deve ser realizado conforme o tipo de risco apontado), para receber o atendimento necessário. Além disso, se eu tiver alguma dúvida, poderei realizar o contato a qualquer hora com um dos pesquisadores responsáveis pelo estudo e ele poderá resolver minhas dúvidas.

Também me disseram que a minha participação no estudo é muito importante, uma vez que se espera (DESCREVER OS BENEFÍCIOS ESPERADOS COM LINGUAGEM APROPRIADA PARA O PÚBLICO-ALVO).

Os pesquisadores me informaram e me garantiram os seguintes direitos:

- que minha participação é voluntária e que a qualquer momento posso deixar de participar do estudo, sem que isso me traga qualquer tipo de dano;

- que eu não serei identificado (a) nem pelo meu nome, nem pelo uso de dados ou materiais que possam identificar minha participação no estudo; além disso, será mantido caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;

- de que posso pedir 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 custo na minha participação na pesquisa;

- de que tenho direito a compensação material relativas às minhas despesas e de meu acompanhante com relação à transporte e alimentação, caso esses gastos sejam demandados durante a minha participação no estudo;

- de que posso me recusar a responder qualquer pergunta que achar constrangedora ou inadequada.

- de que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término da pesquisa, de acordo com a Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde;

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

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do documento de identidade ou CPF (NÚMERO), aceito participar da pesquisa intitulada: “NOME DA PESQUISA”. Fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada, bem como sobre a metodologia que será adotada e sobre os riscos e benefícios envolvidos. Recebi a informação de que a qualquer momento poderei desistir de participar do estudo, e o meu responsável poderá modificar a decisão de permitir minha participação, se assim o desejar. Recebi uma via assinada e rubricada deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

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

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

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

**Autorização para uso de imagem/voz (**SE NECESSÁRIO; CASO NÃO HAJA NECESSIDADE, RETIRAR DO DOCUMENTO ESSA PARTE)

Autorizo o uso de minha imagem e/ou voz para fins específicos de divulgação dos resultados da pesquisa, sendo seu uso restrito a (DESCREVER AS FORMAS DE DIVULGAÇÃO DA IMAGEM E VOZ DO PARTICIPANTE DA PESQUISA). Fui informado que serão tomadas todas as medidas possíveis para preservar o anonimato e a minha privacidade.

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:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documento de Identidade:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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