**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**

**(para pais e/ou responsáveis)**

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

Seu (DEFINIR GRAU DE RELAÇÃO: FILHO(A), NETO(A), REPRESENTADO(A);) está sendo respeitosamente convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: “NOME DO PROJETO”. 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).

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

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

Fui alertado (a) que este estudo apresenta risco (MÍNIMO, BAIXO, MODERADO OU ELEVADO) para meu representado (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, seu representado será 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), 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 a participação do meu representado(a) no estudo é de extrema importância, uma vez que se espera (DESCREVER OS BENEFÍCIOS ESPERADOS COM LINGUAGEM APROPRIADA PARA O PÚBLICO-ALVO).

Estou ciente e me foram assegurados os seguintes direitos:

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

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

- 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 que meu representado(a) continue participando da pesquisa;

- de que não haverá nenhum tipo de despesa ou ônus financeiro relacionados com a participação nesse estudo;

- de que meu representado terá direito a compensação material relacionadas às despesas relativas à transporte e alimentação, caso esses gastos sejam demandados durante a participação de meu representado no estudo;

- de que não está previsto nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico;

- de que meu representado não responda qualquer pergunta que julgar 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 CFF (NÚMERO), aceito que meu representado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOME) participe 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, sobre os riscos e benefícios envolvidos. Recebi uma via assinada e rubricada deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

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

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) representante legal | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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 da imagem e/ou voz de meu representado 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 privacidade de meu representado.

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

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

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

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, poderei 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:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_