|  |
| --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – HOSPITAL MARCELINO CHAMPAGNAT****MENORES - ENTRE 16 ANOS COMPLETOS E 18 ANOS INCOMPLETOS** |

Eu estou sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo (título do estudo) e que tem como objetivo (inserir o objetivo da pesquisa). Acreditamos que ela seja importante porque (justificativa da execução da pesquisa).

**PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

A minha participação no referido estudo será de (descrever os procedimentos / terapêuticas / atividades / tempo gasto / local do estudo os quais os participantes serão submetidos, em linguagem acessível ao leigo – se imprescindíveis os termos técnicos, mencionar explicação entre parênteses).

**RISCOS E BENEFÍCIOS**

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como (descrever os benefícios esperados para o participante da pesquisa, sempre em linguagem acessível ao leigo, em caso de não existir benefício direto deixar explícito). Recebi, também que é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos como (descrever os desconfortos e riscos dos procedimentos da pesquisa). Dos quais medidas serão tomadas para sua redução, tais como (descrever os procedimentos para redução dos riscos).

**SIGILO E PRIVACIDADE**

Estou ciente de minha privacidade respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma me identificar será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

**AUTONOMIA**

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Também fui informado de que posso recusar a participar do meu representado no estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, este não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem sendo recebida.

**RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO**

No entanto, caso ocorra qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, bem como a meu acompanhante (se for o caso), haverá ressarcimento dos valores gastos na forma seguinte: (descrever se a forma de ressarcimento será em dinheiro, ou mediante depósito em conta corrente, cheque, etc).

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

**CONTATO**

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são (nomes dos pesquisadores e instituições a que estão vinculados em relação à pesquisa) e com eles poderei manter contato pelos telefones (telefones dos pesquisadores, preferencialmente pessoais).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2292 entre segunda e sexta-feira das 08h00 as 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br.

**DECLARAÇÂO**

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

|  |
| --- |
| **Dados do participante da pesquisa** |
| Nome: |  |
| Idade: |  |

|  |
| --- |
| **Dados do responsável pelo participante da pesquisa** |
| Nome: |  |
| Telefone: |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Assinatura do participante da pesquisa |  | Assinatura do Pesquisador |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Assinatura do responsável legal do participante da pesquisa |  |  |

**USO DE IMAGEM**

Autorizo o uso de minha (descrever o tipo, - imagem – áudio – entre outros) para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito a (descrever as formas de utilização da imagem, foto, áudio ou qualquer outro artefato).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Assinatura do participante da pesquisa |  | Assinatura do Pesquisador |