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

O senhor(a) é ............................ (identificação do participante do estudo. Exemplo: acompanhante do(a) paciente que está hospitalizado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “*.............. (*título do projeto de pesquisa*)*” que tem como objetivo(s) .............. (objetivos do projeto de pesquisa).

Este estudo está sendo realizado por ....................... (nome dos autores – alunos), alunos (as) do curso de Graduação , pós graduação ) da Universidade do Vale do Sapucaí (Univás), juntamente com o(a) pesquisador(a) responsável professor(a) orientador(a) .................................. e pesquisador(a) professor(a) coorientador(a) .............................

A pesquisa terá duração de ........, com o término previsto para ....... Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, respeitando assim sua privacidade. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o(a) senhor(a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, o que garante sua autonomia. Sua participação nesta pesquisa consistirá em ............. (descrever a forma como ocorrerá a coleta de dados. Exemplo: responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista gravada ou escrita).

Os benefícios relacionados à concretização deste estudo serão .................. (colocar as relevâncias científica, social e profissional do projeto de pesquisa)

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa e ficarão arquivados com o(a) pesquisador(a) responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão descartados de forma que não prejudique o meio ambiente

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um documento que comprova a sua permissão. Será necessário a sua assinatura para oficializar o seu consentimento. Ele encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo(a) pesquisador(a) responsável, e a outra será fornecida para o senhor(a).

Ressalta-se que a sua valiosa colaboração é muito importante e, a seguir, será apresentada uma Declaração e, se o senhor(a) estiver de acordo com o conteúdo da mesma, deverá assiná-la, conforme já lhe foi explicado anteriormente.

**DECLARAÇÃO**

Declaro estar ciente do inteiro conteúdo deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

NOME COMPLETO DO(A) PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO(A) PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO(A) PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pouso Alegre, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Para possíveis informações ou esclarecimentos a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a secretária do CEP da Univas pelo telefone (35) 3449-9269, em Pouso Alegre – MG, no período das 08h às 12h e das 14h às 17h de segunda a sexta-feira.

E-mail: [pesquisa@univas.edu.br](mailto:pesquisa@univas.edu.br)