**ANEXO B**

***(CABEÇALHO DA INSTITUIÇÃO À QUAL O PESQUISADOR RESPONSÁVEL ESTÁ VINCULADO)***

**Instruções para elaboração do termo**

Este Termo de Consentimento um modelo sugerido pelo CEP IF Sertão-PE baseado no que é exigido pelas resoluções nº 466/12 e 510/16 do conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde (CNS), o qual pode ser adaptado pelo(a) pesquisador(a), contanto que constem todas as informações básicas contidas no art. 17 da resolução nº 510/16. É importante ressaltar que a linguagem utilizada no TCLE deve ser adequada ao tipo de público-alvo da pesquisa, podendo o registro do consentimento livre e esclarecido ser realizado por meio de áudio ou vídeo.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS )**

**Texto padrão para ser complementado pelo pesquisador (a)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (título da pesquisa), que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) (nome COMPLETO do pesquisador), (contatos da instituição proponente – endereço, telefone, e-mail e site se tiver) e está sob a orientação de: (nome completo). Também participam desta pesquisa: (nomes dos demais membros da equipe).

Ao ler este documento, caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

**Participação na pesquisa:** o (a) pesquisador(a) deveInformar: 1) o principal objetivo da pesquisa e 2) como o sujeito participará da pesquisa: entrevistas, aplicação de questionários, encontros indicando o tempo previsto de duração dentre outros métodos científicos para coleta de dados. Em caso de pesquisa na qual o sujeito está sob qualquer forma de tratamento, assistência, cuidado, ou acompanhamento, o (a) pesquisador(a) deve-se explicar quais procedimentos específicos serão submetidos ao participante da pesquisa.

**Local da pesquisa:** o (a) pesquisador (a) deve Informar o local onde será realizada a coleta de dados, descrevendo o ambiente físico a ser utilizado para acomodar os participantes da pesquisa.

**Benefícios e riscos decorrentes da Participação na pesquisa**: o(a) pesquisador(a) deve: 1) Informar os benefícios diretos e indiretos da pesquisa aos participantes, 2) a relevância social da pesquisa e; 3) Informar os possíveis danos decorrentes da participação na pesquisa, acompanhados das providências e cautelas a serem empregadas, pelo(a) pesquisador(a), a fim mitigar a ocorrência de riscos.

**Autonomia e sigilo do participante da pesquisa:** o(a) pesquisador(a)deveinformar ao participante da pesquisa que: 1) ele possui plena autonomia para não responder quaisquer perguntas que de algum modo possa lhe constranger, causar-lhe desconforto ou que possa expô-lo de forma indevida, se assim ele considerar; ou de não se submeter a qualquer procedimento da pesquisa que considere invasivo ou lhe cause desconforto; 2) todas as informações prestadas por pelo participante da pesquisa serão mantidas sob sigilo, divulgando-as apenas para os fins da pesquisa sem haver possibilidade de identificação individual, exceto quando consentida essa identificação pelo participante

**Texto padrão para ser complementado pelo pesquisador (a) nos espaços marcados por parênteses.**

 Os dados coletados nesta pesquisa (informar as formas dos dados: gravações, entrevistas, fotos, filmagens, bem como outros instrumentos similares ou equivalentes) ficarão armazenados em (informar as formas de armazenamento: pastas de arquivo ou computador pessoal), sob a responsabilidade do (pesquisador e/ou Orientador), pelo período de no mínimo 05 anos.

O(a) senhor(a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IF SERTÃO-PE no endereço: Reitoria – Rua Aristarco Lopes, 240, Centro, CEP 56.302-100, Petrolina-PE, Telefone: (87) 2101-2350 / Ramal 2364, <http://www.ifsertao-pe.edu.br/index.php/comite-de-etica-em-pesquisa>, cep@ifsertao-pe.edu.br; ou poderá consultar a Comissão nacional de Ética em Pesquisa, Telefone (61)3315-5878, conep.cep@saude.gov.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura do pesquisador)

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo, assinado, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo \_\_\_\_\_\_\_ (título da pesquisa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa**

**e o aceite do voluntário em participar. (**02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

|  |  |
| --- | --- |
| NOME: | NOME: |
| ASSINATURA: | ASSINATURA: |