**OBS: SE O PROJETO FOR DE OUTRA INSTITUIÇÃO, INSERIR O LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM NO CABEÇALHO.** ESTA OBSERVAÇÃO DEVE SER REMOVIDA ANTES DE SALVAR O DOCUMENTO**.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **“TÍTULO DA PESQUISA”**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é **“JUSTIFICATIVA DA PESQUISA”**. Nesta pesquisa pretendemos **“OBJETIVO”**.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você **“PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA (OBS: DESCREVER OS PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS COM O PARTICIPANTE DE FORMA SIMPLIFICADA E EM LINGUAGEM ADEQUADA PARA LEIGOS)”**. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: **“RISCOS”**. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, **“DESCREVER A FORMA DE MINIMIZAÇÃO DOS RISCOS”**. A pesquisa pode ajudar **“BENEFÍCIOS DA PESQUISA DIRETOS OU INDIRETOS”**.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo **(SE HOUVER GASTOS COM PASSAGEM, ALIMENTAÇÃO OU OUTROS, INDICAR “FORMA DE RESSARCIMENTO”)**, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 .

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

Assinatura do Participante

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

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

**Nome do Pesquisador Responsável:**

**Campus Universitário da UFJF**

**Faculdade/Departamento/Instituto:**

**CEP: 36036-900**

**Fone:**

**E-mail:**