

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Priscila Giovanella Vivian, estudante do curso de Sistemas de Informação da Faculdade de Informática da PUCRS, estou fazendo um convite para você participar como voluntário na pesquisa *“Sistema de Cardápios Virtuais Acessível a Pessoas com Deficiência Visual”*, sob a orientação do Professor Dr. Rafael H. Bordini.

Esta pesquisa pretende desenvolver um software inclusivo que possa auxiliar os usuários a escolherem quais produtos consumirem em restaurantes de acordo com ingredientes, preço e restrições alimentares. Acreditamos que ela seja importante porque fornecerá uma opção acessível a pessoas deficientes visuais, uma vez que, nos dias atuais, os cardápios dispostos em restaurantes ainda não apresentam um número significativo de opções diferentes dos cardápios impressos.

Para a realização desta pesquisa, serão feitas 9 tarefas descritas ao usuário e 48 perguntas. Sua participação consistirá na realização dessas tarefas descritas e no preenchimento de um formulário de avaliação da aplicação.

Durante o desenvolvimento das atividades listadas anteriormente, será realizada a gravação do processo, tanto em vídeo quanto em áudio, para a análise futura dos dados e das respostas do usuário.

Os benefícios que esperamos como estudo são a validação da interface e da aplicação como um todo a partir da interação com um usuário final.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos, como cansaço ou dor de cabeça. Você tem o direito de pedir uma indenização por qualquer dano que resulte da sua participação no estudo.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com Priscila Giovanella Vivian através do e-mail priscila.vivian@acad.pucrs.br, a qualquer hora.

Se por algum motivo você tiver despesas decorrentes da sua participação neste

estudo com transporte e/ou alimentação, você será reembolsado adequadamente pelos pesquisadores (ressarcimento de despesas com transporte e alimentação do participante e de seu acompanhante se for o caso).

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma.

Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas.

Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste termo de consentimento. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu, _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha

participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa ou de seu representante legal

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE OBTEVE O CONSENTIMENTO

Expliquei integralmente este estudo clínico ao participante ou ao seu cuidador. Na minha opinião e na opinião do participante e do cuidador, houve acesso suficiente às informações, incluindo riscos e benefícios, para que uma decisão consciente seja tomada.

Data: __ / __ / ____

Assinatura do Investigador

Nome do Investigador (letras de forma)