

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**Comitê de Ética em Pesquisa**

**REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 510/16)**

**OU**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 466/12)**

**Nome do projeto**

O documento anexado pelo pesquisador deve possibilitar o uso dos recursos "Copiar" e "Colar" em qualquer palavra ou trecho do texto, conforme Norma Operacional CNS no 001 de 2013. anexo II.

Este Registro de Consentimento Livre e Esclarecido tem o propósito de autorizar a participação do seu filho (a) no projeto (XXXXXX) cujo pesquisador responsável é (identificação do pesquisador) da Universidade (identificação da Universidade ou faculdade), sob a orientação (identificação caso haja orientador). Este documento, chamado Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar os direitos do seu filho como participante da pesquisa, sendo elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante, sendo que uma via deverá ficar guardada com você.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Registro para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decider autorizar ou não a participação de seu filho. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não autorizar a participação do seu filho ou retirar sua autorização em qualquer momento.

**Justificativa e objetivos:**

A pesquisa justifica-se pois (justificação da pesquisa)

**Procedimentos:**

Após a aprovação pelo CEP/UERR, seu filho será convidado a responder um questionário (especificar o questionário, se for o caso. Deixando claro como será realizado o procedimento).

**Desconfortos e riscos:**

(relatar todos os possíveis riscos da pesquisa, conforme texto exemplificado abaixo)

A pesquisa terá riscos mínimos, conforme a Resolução xxx, podendo haver risco de constrangimento, cansaço ou estresse ao responder alguma pergunta, no entanto, o participante terá o direito de não responder tal pergunta ou interromper a resolução do questionário até que se sinta à vontade e confortável para continuar, também a quebra de sigilo dos participantes, no entanto para resguardar o sigilo, os dados serão mantidos em um computador com acesso restrito através de senha pelos pesquisadores.

**Benefícios:**

Relatar os beneficios da pesquisa

**Sigilo e privacidade:**

Especificar todos os pontos relevantes em relação a privacidade do entrevistado

Você tem a garantia de que a identidade de seu filho será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, o nome do seu filho não será citado.

Obs.: Em caso de gravação de imagem e/ou voz é necessário incluir um item para autorização ou não autorização (concordo ou não concordo) com o procedimento.

EX: ( ) Sim, autorizo a gravação E/OU divulgação da imagem e/ou voz

    ( ) Sim, autorizo a gravação, mas não a divulgação de imagem e/ou voz

     ( ) Não, não autorizo a gravação E/OU divulgação da imagem e/ou voz

**Acompanhamento e assistência:**

A qualquer momento, antes, durante ou até o término da pesquisa, os participantes poderão entrar em contato com os pesquisadores para esclarecimentos e assistência sobre qualquer aspecto da pesquisa em danos decorrentes da pesquisa.

Informo que haverá formas de ressarcimento ou de indenização aos participantes da pesquisa que vierem a sofrer algum tipo de dano e que estes devem ser devidamente indenizados, conforme a Resolução 510/2016 em seu artigo 3º, inciso X e artigo 9º inciso VI.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o/a pesquisador (a) (adicionar nome completo do responsável pela pesquisa, endereço, telefone e e-mail)

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Roraima, endereço Rua sete de setembro, 231, sala 201, TELEFONE: 2121-0953, Horário de atendimento: Segunda a Sexta das 08 às 14 horas, e-mail [cep@uerr.edu.br](mailto:cep@uerr.edu.br) .

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito a participação do meu filho:

Nome do(a) responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução CNS n° 510 de 2016, Artigo 2º, item V (adequar de acordo com a pesquisa), na elaboração do protocolo e na obtenção deste Registro de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP CAAE\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Comprometo-me a utilizar o material e os dados que serão obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do responsável

data