**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE (Res. 466/2012 – CNS) OU REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RCLE (Res. 510/2016 – CNS)**

**(ANALISAR SE SERÁ TCLE OU RCLE. E MANTER APENAS UM DELES)**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa intitulado “ADICIONE AQUI O TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA”, que tem como Pesquisador Responsável (ADICIONAR NOME COMPLETO, COM ENDEREÇO COMPLETO E CEP – TELEFONE DO PESQUISADOR E E-MAIL PARA CONTATO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL) em conjunto com os pesquisadores: (ADICIONAR NOME COMPLETO) Telefone para contato (ADICIONAR TELEFONE), e-mail (ADICIONAR E-MAIL) – DEVEM SER INSERIDOS TODOS OS DADOS DOS PESQUISADORES QUE PARTICIPARÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA. No caso de dúvida ou necessidade de esclarecimento sobre qualquer etapa da pesquisa, você poderá contactar o Pesquisador Responsável.

Este documento contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos realizando**, para que você possa autorizar sua participação com pleno conhecimento dos procedimentos e riscos a que se submeterá**. A sua colaboração é muito importante, mas você pode **desistir** a qualquer momento, **sem que haja quaisquer prejuízos, penalidades e/ou retaliações.** Informamos que a participação nesta pesquisa é **voluntária e não remunerada**. Você não receberá nenhum tipo de recompensa por sua colaboração, entretanto, você poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, (ex.: despesas com transporte, alimentação, passagem de ônibus, estacionamento, etc.), custos estes que serão previstos no orçamento da pesquisa.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (CEP-UNIFAMAZ), sob protocolo CAAE nº (COLOCAR AQUI O NÚMERO GERADO **APÓS** A APROVAÇÃO). **O CEP é o órgão que** responsável por avaliar e acompanhar **os aspectos éticos de todas as pesquisas que envolvem seres humanos, de forma a garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes. Se você tiver dúvidas** ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato **com o CEP-UNIFAMAZ, através do telefone: 91 3222-7560 e 91 3222-7559, e-mail:** [cep@famaz.edu.br](mailto:cep@famaz.edu.br) **ou comparecendo ao endereço Travessa Quintino Bocaiúvas, nº 143, 1º andar, Bloco 1 – sala de Coordenação dos Cursos. Bairro: Reduto. Belém-PA. CEP: 66053-000.**

Após ter sido devidamente esclarecido(a) sobre o protocolo de pesquisa, caso aceite participar como voluntário(a) você deverá rubricar todas as páginas e assinar no final do documento. O mesmo será feito pelo pesquisador responsável. Este documento será elaborado em **2 vias**, devendo uma ficar com o pesquisador e outra com você, permitindo a consulta em caso de dúvida.

Os pesquisadores garantem e se comprometem com o sigilo e a confidencialidade de todas as informações fornecidas por você, sendo utilizados somente para este estudo. Da mesma forma, o tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18)**, o que significa que** você não será identificado em nenhuma publicação e que seu nome jamais será divulgado. Esse material será arquivado somente pelo pesquisador responsável por um período de 5 anos, sendo destruídos após esse tempo.

Este trabalho será realizado com recursos próprios dos autores, não tendo financiamento ou coparticipação de nenhuma instituição de pesquisa.

Os resultados da pesquisa ficarão à sua disposição quando finalizada, que poderão ser encaminhados através de e-mail ou endereço, de acordo com sua preferência.

**Objetivo da Pesquisa:** INSERIR OS DADOS COMPATÍVEIS COM O DESCRITO NO PROTOCOLO DE PESQUISA DE FORMA CLARA E DIRETA, FACILITANDO A COMPREENSÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA.

**População da Pesquisa:** INSERIR OS DADOS COMPATÍVEIS COM O DESCRITO NO PROTOCOLO DE PESQUISA DE FORMA CLARA E DIRETA, FACILITANDO A COMPREENSÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA.

**Justificativa:** INSERIR OS DADOS COMPATÍVEIS COM O DESCRITO NO PROTOCOLO DE PESQUISA DE FORMA CLARA E DIRETA, FACILITANDO A COMPREENSÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA.

**Metodologia:** INSERIR OS DADOS COMPATÍVEIS COM O DESCRITO NO PROTOCOLO DE PESQUISA DE FORMA CLARA E DIRETA, FACILITANDO A COMPREENSÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA.

**Procedimentos aos quais será submetido:** INSERIR OS DADOS COMPATÍVEIS COM O DESCRITO NO PROTOCOLO DE PESQUISA DE FORMA CLARA E DIRETA, FACILITANDO A COMPREENSÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA.. CITAR A FORMA DE ABORDAGEM E A FERRAMENTA UTILIZADA PARA A COLETA DE DADOS).

**Riscos e Benefícios:** SEGUNDO AS RESOLUÇÕES N°466/2012 E N°510/2016 TODO O PROJETO DE PESQUISA POSSUI RISCOS, DEVENDO O PESQUISADOR BUSCAR FORMAS PARA MINIMIZÁ-LOS. INSERIR OS DADOS COMPATÍVEIS COM O DESCRITO NO PROTOCOLO DE PESQUISA DE FORMA CLARA E DIRETA, FACILITANDO A COMPREENSÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA.

**Formas de Ressarcimento das Despesas e/ou Indenização Decorrentes da Participação na Pesquisa:** Em caso de dano pessoal, diretamente provocado por alguma das etapas da pesquisa, você terá direito a indenizações legalmente estabelecidas, estando os pesquisadores integralmente a sua disposição em horário comercial.

Belém, \_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2024.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que **concordo** em participar da pesquisa descrita acima como **voluntário**(a). Confirmo que **fui devidamente informado(a)** sobre as etapas da pesquisa e que esclareci todas as minhas dúvidas, sendo garantido pelos pesquisadores que posso me recusar em participar ou retirar o meu consentimento em qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Concordo com a divulgação dos dados coletados na pesquisa, mantendo em sigilo a minha identidade ou qualquer forma de identificação. **Informo que recebi uma via deste documento** com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

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

Assinatura do participante

**DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR**

Declaro ter recebido de forma apropriada e voluntária, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do participante acima descrito, que aceitou participar deste estudo. Me comprometo, assim como a equipe de pesquisa deste projeto, a utilizar os dados coletados apenas para os fins descritos neste documento e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Resolução CNS n° 466/12 e Resolução CNS n°510/2016, e suas complementares.

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

NOME COMPLETO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Assinatura (com carimbo)

No do Conselho de Classe:

**CONSIDERAÇÕES**

**(APENAS PARA CIÊNCIA. DELETAR A INFORMAÇÃO ABAIXO AO IMPRIMIR O DOCUMENTO)**

**OS ITENS COM REALCE AMARELO DEVEM SER PREENCHIDOS DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE PESQUISA, DEVENDO SER MANTIDOS SEM REALCE E NA COR PRETA NA ENTREGA DO DOCUMENTO.**

Atendendo ao disposto De acordo com o anexo II - Lista de Checagem para Protocolo de Pesquisa, da Norma Operacional nº. 001, de 30 de setembro de 2013, informamos que:

* "Todos os documentos anexados pelo pesquisador **DEVEM POSSIBILITAR** o uso dos recursos **“COPIAR” e “COLAR”** em qualquer palavra ou trecho do texto.
* **Obs. Caso o documento esteja em formato PDF com assinatura, IMPOSSIBILITANDO a seleção de texto para “COPIAR” e “COLAR”, ou em qualquer outro formato que não permita essa funcionalidade, torna-se necessário apresentar o mesmo documento em formato "DOC" (Word) ou similar (docx, odp), com exceção da Folha de Rosto;** se o documento assinado permitir o uso dos recursos **“COPIAR” e “COLAR”** em qualquer palavra ou trecho do texto, **NÃO** será preciso enviar uma outra versão editável.
* **NÃO** serão aceitas **ASSINATURAS RECORTADAS** de um arquivo e inseridas em outro, permitindo-se o uso de assinaturas digitais com a mesma validade de um documento com assinatura física, de acordo com o Decreto Nº 10.543, de 13/11/2020. Nesses casos, o documento assinado eletronicamente deverá permitir a autenticação por meio de link, código QR, ou pela ferramenta de validação de assinatura digital do governo brasileiro (<https://validar.iti.gov.br/>), no caso de assinaturas feitas pelo portal único de serviços digitais do Governo Federal Brasileiro (gov.br).
* O TCLE/RCLE/TALE, e o Termo de autorização para gravação de voz e ou Registro de Imagens (fotos e ou vídeos) e o Projeto na íntegra **NÃO** necessita de assinatura prévia.