**Termo de consentimento livre e esclarecido**

O sr(a) está sendo convidado a participar como voluntário da Pesquisa intitulada:

“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS, PROCEDIMENTOS:**

**DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS**

Existem riscos e desconfortos que o (a) senhor (a) pode apresentar ao participar desse estudo. Os possíveis riscos e desconfortos podem ser a quebra de sigilo de dados, exposição do participante durante a coleta de dados e possíveis desconfortos durante a realização das consultas. Os pesquisadores adotarão medidas para minimizar os possíveis riscos que podem acontecer durante sua participação no estudo. Tais medidas visam apresentar cuidado durante as coletas de dados para garantir que não haja quebra de sigilo e invasão de privacidade. Adicionalmente, a equipe de pesquisa foi treinada para diminuir a exposição e evitar possíveis desconfortos durante os procedimentos.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:**

Se o (a) senhor (a) apresentar dano, esperado ou não, resultante exclusivamente deste busque imediatamente o pesquisador responsável que lhe fornecerá a assistência necessária decorrente da sua participação na pesquisa. O (a) senhor (a) possui garantia ao direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa que absorverá qualquer gasto garantindo assim não oneração de serviços de saúde

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO**: O (a) Sr. (a) será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr.(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de qualquer benefício.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com respeito e seguirá padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados pessoais. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr(a) não será identificado(a) em qualquer publicação que possa resultar desse estudo. Uma via assinada desse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada com o pesquisador e outra via de igual teor será fornecida ao Sr(a). O estudo poderá ser interrompido mediante prévia aprovação do CEP quanto atingir seus objetivos ou quando for necessário, para que seja salvaguardado o participante de pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o médico Gabriel Pereira Braga. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul no telefone (67)3345-7187 e-mail cepconep.propp@ufms.br, Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró- Reitorias – 'Hércules Maymone' – 1º andar - Av. Costa e Silva, s/nº - Bairro Universitário – Campo Grande/ MS. Horário de funcionamento: de segunda à sexta-feira das 07h00 às 11h00 e das 13h00 às 17h00.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:**

Ao assinar abaixo estou confirmando que li este Termo de Consentimento Livre Esclarecido e fui informado a respeito do estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos, riscos e as garantias. Desta forma, concordo voluntariamente em participar deste estudo.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome do participante/representante legal | Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Se aplicável) Nome da testemunha imparcial | Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Se aplicável) Assinatura |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pesquisador Principal | Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |