



MINISTÉRIO DA DEFESA  
SECRETARIA-GERAL  
SECRETARIA DE PESSOAL, ENSINO, SAÚDE E DESPORTO  
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto *Título do projeto*, sob a responsabilidade do pesquisador principal *Nome do Pesquisador*.

O nosso objetivo é *Objetivo da Pesquisa de forma clara e acessível, esclarecendo sobre o porquê da realização da pesquisa*.

O (A) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de *deve explicitar procedimentos que os participantes serão submetidos, bem como qualquer incômodo relatado, assim como o local (hospital, casa, faculdade, etc) onde será realizada a pesquisa em durante a consulta, data combinada ou outros – especificar com um tempo estimado os tempos de cada procedimento e/ou total dos procedimentos se realizados em uma única visita* para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são *inserir os riscos e as formas para minimizá-los*. Se o senhor (a) aceitar participar, estará contribuindo para *inserir os benefícios. Garantir indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa*.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo *citar possíveis procedimentos a serem realizados*. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa,

alimentação no local da pesquisa, exames para realização da pesquisa, procedimentos como consequência da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no setor *Nome da Instituição* podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: *Nome do Pesquisador. Se for o caso, indicar nome do professor orientador também*, na *Nome da Instituição* no telefone N° *do telefone fixo e móvel*, no horário *informar o melhor horário*, disponível inclusive para ligação a cobrar. *Fornecer também e-mail*.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do (CEP/HFA). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas sobre os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3966-2044 ou e-mail: cep@hfa.mil.br

O senhor (a) receberá uma via deste termo assinado onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Brasília, xx de xxxxxxx de xxxx.

---

(nome do pesquisador responsável)

**Pesquisador principal**

Nome completo

Estrada Parque Contorno do Bosque, S/Nº - Cruzeiro Novo

CEP: 70658-900 Telefone: (61) xxxxxxxxx

Eu,

---

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação na pesquisa e concordo como a publicação de meu caso clínico conforme descrito neste termo.

---

Participante

