

**TCLE para maiores de idade:**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
TCLE**

*Esclarecimentos*

Este é um convite para você participar da pesquisa: **(título da pesquisa)**, que tem como pesquisador responsável **(nome do pesquisador responsável)**.

Esta pesquisa pretende **(citar o objetivo da pesquisa)**.

O motivo que nos leva a fazer este estudo **(citar a justificativa e esclarecer se há algum método alternativo para os procedimentos que serão adotados. Este parágrafo deve ser claro e objetivo para não se tornar muito extenso)**.

Caso você decida participar, você deverá **(esclarecer a qual procedimento o participante será submetido. Se o pesquisador for utilizar questionários, deverá dizer quantos, de um modo geral, o que eles pretendem colher e quanto tempo será gasto para a aplicação dos mesmos. Se vai utilizar entrevistas, dizer se haverá gravação de voz e/ou imagem e solicitar autorização para isso. Se vai coletar material biológico, deve explicar a quantidade e o que será feito com esse material, local de coleta, esclarecer se vai armazenar e como vai descartar)**.

Durante a realização **(citar os procedimentos aos quais o participante será submetido)** a previsão de riscos **(descrever todos os riscos da pesquisa)**, ou seja, o risco que você corre é **(a previsão de riscos deve ser esclarecida)**.

Pode acontecer um desconforto **(citar os procedimentos que poderão causar desconforto)** que será minimizado **(citar as medidas que o pesquisador usará para esse fim)** e você terá como benefício **(aqui deve ser esclarecido se há benefício direto para o participante ou qual o benefício advindo do estudo)**.

Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada **(dizer como a assistência será prestada e quem será o responsável por isso)**.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para **(nome do pesquisador responsável, telefone, e-mail para contato e endereço institucional)**.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em

Rubrica do Pesquisador:	Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica da Testemunha Imparcial: (Se necessário)
-------------------------	--	---

qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá o direito de buscar a indenização.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, telefone: 4009-5722, endereço: Rua. Dr. Mário Negócio, nº 2267, Prédio do Hospital Luís Antônio, Sala CEP/LIGA, Quintas, Natal/RN, CEP 59040-000, das 07h as 16h45, e-mail: cep@liga.org.br.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável, toda a dúvida a respeito deste estudo, poderá ser perguntada diretamente para o pesquisador responsável **(nome do pesquisador responsável)** condutor do estudo, no telefone: **(telefone do pesquisador responsável)** ou e-mail: **(e-mail do pesquisador responsável)**. Que estará disponível 24 horas, caso haja qualquer necessidade.

#### *Consentimento Livre e Esclarecido*

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **(título da pesquisa)**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Impressão  
datiloscópica do  
participante

Natal, **(data)**.



\_\_\_\_\_  
**Assinatura do participante da pesquisa**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do responsável legal**

Rubrica do Pesquisador:	Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica da Testemunha Imparcial: (Se necessário)
-------------------------	--	---

---

**Assinatura da testemunha imparcial**

*Declaração do pesquisador responsável*

Como pesquisador responsável pelo estudo **(título da pesquisa)**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, **(data)**.

**(NOME COMPLETO, ASSINATURA E CARIMBO DO(A)  
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL)**

---

**Pesquisador(a) Responsável**

Rubrica do Pesquisador:	Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica da Testemunha Imparcial: (Se necessário)
-------------------------	--	---