# Dados de identificação

Título do Projeto: Pesquisador Responsável: Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Telefones para contato: ( ) - ( ) - ( )

CEP/UNIMED – Av. Almirante Maximiniano da Fonseca, 44, 4º Andar - Ala B – Cep: 60811-020– Fone: (: (85) 3277-6304

Nome do voluntário: Idade: anos R.G. Responsável legal (quando for o caso):

* 1. Responsável legal:

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “ ” (nome do projeto), de responsabilidade do pesquisador (nome).

# Especificar, a seguir, cada um dos itens abaixo, em forma de texto contínuo, usando linguagem acessível à compreensão dos interessados, independentemente de seu grau de instrução:

* + - Justificativas e objetivos
		- Descrição detalhada dos métodos (no caso de entrevistas, explicitar se serão obtidas cópias gravadas e/ou imagens)
		- Desconfortos e riscos associados
		- Benefícios esperados (para o voluntário ou para a comunidade)
		- Explicar como o voluntário deve proceder para sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa ou com o tratamento individual
		- Esclarecer que a participação é *voluntária* e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade do tratamento
		- Garantir a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito da pesquisa
		- Explicitar os métodos alternativos para tratamento, quando houver
		- Esclarecer as formas de minimização dos riscos associados (quando for o caso)
		- Possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo (quando for o caso)
		- Nos casos de ensaios clínicos, assegurar - por parte do patrocinador, instituição, pesquisador ou promotor - o acesso ao medicamento em teste, caso se comprove sua superioridade em relação ao tratamento convencional
		- Valores e formas de ressarcimento de gastos inerentes à participação do voluntário no protocolo de pesquisa (transporte e alimentação), quando for o caso
		- Formas de indenização (reparação a danos imediatos ou tardios) e o seu responsável, quando for o caso

Eu, , RG nº declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

***Ou***

Eu, , RG nº , responsável legal por

 , RG nº declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Fortaleza, de de

 **Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal** **Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento**

Testemunha Testemunha

# Informações relevantes ao pesquisador responsável:

**Res. 196/96 – item IV.2:** O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

1. ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
2. ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
3. ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
4. ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

# Res. 196/96 – item IV.3:

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

# Casos especiais de consentimento:

1. Pacientes menores de 16 anos – deverá ser dado por um dos pais ou, na inexistência destes, pelo parente mais próximo ou responsável legal;
2. Paciente maior de 16 e menor de 18 anos – com a assistência de um dos pais ou responsável;
3. Paciente e/ou responsável analfabeto – o presente documento deverá ser lido em voz alta para o paciente e seu responsável na presença de duas testemunhas, que firmarão também o documento;
4. Paciente deficiente mental incapaz de manifestação de vontade – suprimento necessário da manifestação de vontade por seu representante legal.