**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS - CEESP**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Esta pesquisa é sobre................................................... e está sendo desenvolvida por....................................................................., aluno(a) do Curso de............................................................................... do Centro Universitário de Patos, sob a orientação do(a) Prof(a) ...................................................................

Os objetivos do estudo são ..................................................................................

A finalidade deste trabalho é contribuir para ........................................................

*(Colocar neste ponto do termo os benefícios diretos ou indiretos aos participantes da pesquisa ou à comunidade).*

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é

obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (quando for o caso).

*(Colocar neste ponto do termo uma avaliação dos possíveis riscos e/ou* *desconfortos para o participante da pesquisa).*

Solicito sua permissão para que a entrevista seja gravada *(se for o caso)*, como

também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica *(se for o caso)*. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

O(s) pesquisador(es) estará(ão) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu

consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

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

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

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

Assinatura do(a) Pesquisador(a)Responsável

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

Assinatura do(a) Pesquisador(a)Participante

OBS: (em caso de analfabeto - acrescentar)

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

Assinatura da Testemunha

Endereço (Setor de Trabalho) do Pesquisador Responsável:

...............................................................................................................................

Telefone para contato: ........................................