# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA MENORES ENTRE 16 E 18 ANOS

***(neste caso o menor de 16 a 18 anos é relativamente incapaz e passa a ser assistido por seu representante, que assina junto com ele ao final)***

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado (título da pesquisa), cujo(s) objetivo(s) é(são) (apresentar a que o estudo se destina) e a(s) justificativa(s) é(são): (por que o estudo está sendo realizado).

Sua participação no referido estudo será no sentido de *(descrever a participação em linguagem acessível ao leigo – se imprescindíveis os termos técnicos, mencionar explicação entre parênteses).* A pesquisa a ser realizada apresenta alguns benefícios, tais como: *(descrever os benefícios esperados, explicitando se são diretos ou indiretos aos* ***participantes da pesquisa****, sempre em linguagem acessível ao leigo).*

Por outro lado, poderá apresentar tais riscos *(\*\*Lembrar que sempre há riscos\*\* descrever todos os eventuais desconfortos e possíveis riscos de qualquer natureza que possam decorrer da participação na pesquisa, igualmente em linguagem acessível ao leigo)* estes riscos serão minimizados da seguinte maneira: (*descrever as ações que serão tomadas para minimizar os riscos existentes \*\* os mesmos riscos devem estar descritos nas informações básicas da plataforma Brasil*\*\*).

Sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome, qualquer dado/informação a seu respeito, ou ainda, qualquer elemento que possa de qualquer forma lhe identificar, será mantido em sigilo.

Poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se optar por se retirar da pesquisa não sofrerá qualquer prejuízo, caso esteja recebendo algum tipo de assistência.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são *(nome de* ***TODOS*** *os**pesquisadores, identificação acadêmica e instituições a que estão vinculados em relação à pesquisa),* com os quais poderá manter contato pelos telefones *(telefone e e-mail de* ***TODOS*** *os pesquisadores).*

Além disso, se necessário, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe (CEP/FPP) através do telefone 3310-1504 ou e-mail comite-etica@fpp.edu.br. O CEP/FPP está localizado na Av. Iguaçu 333 – Bloco 2 - 1ª andar. Trata-se de uma comissão constituída por membros de várias áreas do conhecimento e um representante dos usuários, que tem por finalidade a avaliação da pesquisa com seres humanos em nossa Instituição, em conformidade com a legislação brasileira regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde.

É também assegurada a assistência durante toda pesquisa e após, bem como lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação na pesquisa.

Não haverá nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação. Caso tenha qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma seguinte: *(descrever se a forma de ressarcimento será em dinheiro, ou mediante depósito em conta-corrente, PIX, etc)*. Caso haja algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado nas formas da lei.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Pequeno Príncipe – CEP/FPP sob o parecer n°: (colocar o número da aprovação pelo CEP).

Tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui foi mencionado, se compreendeu a natureza e o objetivo do referido neste estudo e se deseja participar do mesmo, pode, por favor, manifestar seu consentimento?

Sim, li e me foi esclarecido todo o conteúdo do termo acima. Além disso, estou recebendo uma via deste termo, assinado pelo pesquisador.

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

Nome do participante:

(Assinatura do(a) participante da pesquisa)

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

Nome do Assistente Legal:

(Assinatura do(a) Assistente Legal do Participante da pesquisa)

Declaro que obtive de forma apropriada o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa, representante legal ou assistente legal para a participação neste estudo, e atesto veracidade nas informações contidas neste documento de acordo resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

(nome e assinatura do pesquisador responsável)

Curitiba, XXXX de XXXXX de 20XX