

*(Modelo TCLE - Questionário/entrevista - Baseado em projeto de pesquisa submetido pelo Prof. Gustavo Martineli Massola à CEP do Instituto de Psicologia da USP)*

**Universidade de São Paulo**

**Instituto de Ciências Biomédicas**

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(Adultos)**

*(Adaptar conforme seu projeto)*

**ESTUDO** *(título do projeto)*

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa *(título do projeto)*, sob a responsabilidade do pesquisador *(nome do pesquisador responsável)*. Esta pesquisa pretende *(objetivo do projeto)*. Para isso, você será convidado(a) a responder a uma série de perguntas sobre \_\_\_\_\_ (Obs. No caso da utilização de dados sensíveis enumerar os dados sensíveis específicos. Exemplo - dados sobre origem racial ou étnica, opiniões políticas, convicções religiosas ou filosóficas, filiação sindical, dados genéticos, dados biométricos que permitam a identificação única de um indivíduo, dados sobre saúde, vida sexual, histórico criminal e dados sobre orientação sexual. Nota: A enumeração deve ser completa e precisa, incluindo todos os dados sensíveis que serão coletados e utilizados na pesquisa).

A sua participação não trará nenhum benefício pessoal direto, mas os resultados serão importantes para ajudar a compreender \_\_\_\_\_.

Não esperamos que a sua participação nesta pesquisa traga qualquer desconforto ou incômodo, mas as perguntas podem tratar de assuntos que você ache delicados e as respostas podem exigir de você algum esforço.

Quando divulgarmos os resultados da pesquisa, não faremos qualquer menção a nomes de pessoas, locais ou episódios que possam servir para identificar você. Serão tomados todos os cuidados para que nenhum participante possa ser identificado.

Rubrica Pesquisador \_\_\_\_\_

Rubrica Participante da Pesquisa \_\_\_\_\_

Mesmo depois de concordar em participar, você tem o direito de desistir em qualquer momento, não importa qual o motivo, e isso não terá nenhuma consequência para você nem irá resultar em qualquer prejuízo.

Se desejar interromper momentaneamente as respostas, você poderá retomá-las a qualquer momento do ponto onde parou clicando novamente no link e usando o mesmo aparelho no qual começou a responder.

Você não terá nenhuma despesa, e não será remunerado. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade será mantida em sigilo.

Garantia de acesso – A qualquer momento, se você tiver alguma preocupação ou dúvidas sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com o responsável pelo estudo. Poderá também contatar a Secretaria da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – ICB/USP, no telefone (11) 3091-7733 de segunda-feira a sexta-feira das 7:30 -16:30, ou através do e-mail [cep@icb.usp.br](mailto:cep@icb.usp.br), ou o pesquisador responsável pela pesquisa Prof. Dr. \_\_\_\_\_, telefone (11) \_\_\_\_\_, ou e-mail \_\_\_\_\_ para recursos ou reclamações em relação ao presente estudo.

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre o estudo (título do projeto). Eu discuti com os pesquisadores responsáveis e está claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, quais são seus desconfortos, riscos e a garantia de confidencialidade dos meus dados. Entendo que sempre que eu tiver dúvidas elas serão esclarecidas e que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Resultados da pesquisa:

- Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.  
 Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

**Nome do participante** \_\_\_\_\_ *(como escrito no documento de identidade)*

Rubrica Pesquisador \_\_\_\_\_ Rubrica Participante da Pesquisa \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Testemunha** (para casos de participantes analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual):

Testemunha 1: \_\_\_\_\_ (Nome / RG / Telefone)

Testemunha 2: \_\_\_\_\_ (Nome / RG / Telefone)

### **DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo e forneci uma cópia ao participante deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome do profissional que obteve o consentimento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_