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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Modelo / Exemplo**

Prezado(a) Sr.(a). **(NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE OU RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE)**

**(NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, CPF E INSTITUIÇÃO)** está realizando a pesquisa intitulada **(“TÍTULO DA PESQUISA”)**, que tem como objetivos **(DESCREVER OS OBJETIVOS DA PESQUISA)**. Esta pesquisa trata-se de relato de caso que tem como finalidade a divulgação científica e acadêmica de informações relativas ao diagnóstico, tratamento e evolução clínica, e será elaborado conforme as diretrizes éticas e legais vigentes, de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Resolução nº 466/12 e Carta Circular nº 166/18 CONEP/SECNS/MS – no Brasil.

O relato de caso é um tipo de estudo que apresenta RISCOS MÍNIMOS, como divulgação de dados pessoais e comprometimento da privacidade, podendo gerar desconfortos e constrangimentos, mas que será reduzido mediante a garantia de que todas as informações que possam identificar diretamente (nome, dados pessoais, etc.) serão mantidas em sigilo, e que o relato será elaborado de forma anônima. Somente as informações estritamente inerentes e indispensáveis para compreensão do caso serão divulgadas, porém sempre seguindo o preceito de que nenhuma informação que possa comprometer sua privacidade será divulgada sem seu consentimento expresso.

Pesquisas que envolvem relato de caso proporcionam aprendizados valiosos, destacando aspectos únicos de diagnósticos, tratamentos ou evolução de doenças ou condição clínica. Ela contribui para a educação médica, documenta situações raras ou complexas e auxilia na melhoria da prática clínica, além de abrir portas para pesquisas futuras, beneficiando as condutas em todas as esferas da saúde.

Nos casos em que o estudo traga algum desconforto, ou seja, detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu, **(NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL)** ou **(NOME DOS DEMAIS PESQUISADORES)** serei o responsável pelo encaminhamento ao **(ESPECIFICAR O LOCAL OU SERVIÇO ESPECIALIZADO QUE PRESTARA ASSISTÊNCIA ESPECÍFICA AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO)**.

Toda informação que o(a) Sr.(a) nos fornece será utilizada somente para esta pesquisa. As **(RESPOSTAS, DADOS PESSOAIS, DADOS DE EXAMES LABORATORIAIS, AVALIAÇÕES FÍSICAS, AVALIAÇÕES MENTAIS ETC.)** serão confidenciais e seu nome não aparecerá em **(QUESTIONÁRIOS, FITAS GRAVADAS, FICHAS DE AVALIAÇÃO, ETC.)**, inclusive quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir. Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar **(NOME COMPLETO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL E DEMAIS PESQUISADORES COM ENDEREÇO PARA CONTATO E TELEFONE),** nos seguintes horários **(DESCRIÇÃO DOS HORÁRIOS PARA CONTATO)**.

Nos casos de dúvidas, esclarecimentos e/ou algum direito tenha sido negado, o(a) senhor(a) **(NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE OU RESPONSÁVEL)** poderá recorrer ao Comitê de Ética da Faculdade CECAPE, situado à Av. Padre Cícero, Nº 3917, Bairro São José - Juazeiro do Norte, CE ou pelos telefones: (88) 3512-1590 ou (88) 99957-0023. O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade CECAPE é um órgão criado e mantido para garantir padrões éticos no desenvolvimento de pesquisas. Tem por objetivo avaliar, sob aspecto ético, todos os trabalhos de pesquisa realizados com seres humanos em instituições da região metropolitana do Cariri, na defesa dos interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade, visando criar uma política concreta sobre as investigações propostas na área da saúde, humanas e sociais.

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

Local e data.

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

Assinatura do Pesquisador.

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

Assinatura do Participante ou Responsável Legal.