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

**(Conselho Nacional de Saúde, Resoluções 466/12 e 510/16)**

O(a) seu(sua) dependente legal está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de <informar natureza da pesquisa, como TCC, Iniciação Científica, Mestrado, Doutorado, Pós-doutorado, etc> intitulada “<título da pesquisa>”, que será desenvolvida por <nome do(a) aluno(a) de graduação ou pós-graduação>, sob a orientação do(a) Prof.(a) Dr.(a) <nome do(a) orientador(a). O objetivo da referida pesquisa é <objetivo da pesquisa>, visando responder <justificativa da pesquisa>. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto, que tem como objetivo analisar as implicações éticas de projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. Os endereços e contatos dos(as) pesquisadores(as) e do Comitê de Ética em Pesquisa estão disponíveis para o(a) Sr(a) no final deste documento.

Antes de decidir se participará da pesquisa e assinar este termo, pedimos que leia as informações abaixo e esclareça quaisquer dúvidas que ainda tiver. É importante ressaltar que participação do(a) seu(sua) dependente legal nesta pesquisa será voluntária, e que ambas as partes poderão recusar a participação ou retirar o consentimento a qualquer momento sem serem penalizadas por isso. Todas as informações obtidas na pesquisa serão mantidas em sigilo e a identidade do(a) seu(sua) dependente será preservada nos trabalhos científicos resultantes desta pesquisa. Ademais, ao final da pesquisa, seu(sua) dependente legal terá livre acesso aos seus dados individuais. Eventuais despesas com transporte e alimentação, entre outras, poderão ser ressarcidas quando necessário. Além disso, esclarecemos que danos decorrentes da participação do seu(sua) dependente legal nesta pesquisa poderão ser indenizados de acordo com as leis vigentes no país.

Durante a participação do(a) seu(sua) dependente legal na pesquisa, ele(a) deverá <descrever clara e brevemente os procedimentos aos quais o(a) participante será submetido(a) na pesquisa, informando a duração, local, e a forma de registro dos dados obtidos. É importante esclarecer possíveis alocações a grupos experimentais/controle/placebo, informando do que se tratam).

A participação na presente pesquisa não é livre de riscos. O procedimento <informar o(s) procedimento(s) ao qual o(a) participante será submetido(a)> pode gerar riscos, tais como <informar os riscos>. Para minimizar esses riscos, <informar as providências a serem tomadas para reduzir os riscos citados>. Caso esses riscos venham a se concretizar, <descrever a forma de acompanhamento imediato e a longo prazo, caso os riscos se concretizem>. Embora apresente riscos, a participação na presente pesquisa também poderá gerar benefícios, como <informar os benefícios, incluindo não apenas aqueles diretos ao(à) participante, mas, também, aqueles indiretos, para a sociedade com um todo>.

Se, depois de solucionar suas dúvidas, o(a) Sr(a) se sentir esclarecido(a) sobre a pesquisa, seus objetivos, eventuais riscos e benefícios, o(a) convidamos a assinar duas vias deste termo, rubricando todas as suas páginas, sendo que uma via ficará com o(a) Sr(a) e a outra com o(a) pesquisador(a) responsável.

<local>, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Dados sobre a Pesquisa:**

Título do Projeto: <inserir título>

<Nome do(a) pesquisador(a) responsável>

**Cargo/Função**:

**Instituição**:

**Endereço**:

**Telefone**:

**e-mail**: l

<Nome do(a) pesquisador(a) assistente>

**Cargo/Função**:

**Instituição**:

**Endereço**:

**Telefone**:

**e-mail**:

**Dados do(a) responsável legal pelo(a) participante da pesquisa:**

Nome completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Telefone para contato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável

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

Assinatura do(a) Participante