**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pesquisador responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dados para correspondência: Av. Visconde de Souza Franco, 72, Reduto, CEP 66053-000, FAMAZ - Coordenação do Curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fone: (91) xxxxxxxxxxx E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_

O Sr. (a) está sendo convidado a participar como voluntário (a) da pesquisa “AQUI VOCÊ COLOCA O TITULO DA PESQUISA”.

Tal pesquisa tem como finalidade fazer o levantamento de dados sociais e econômicos e doenças existentes na população da Vila da Barca para traçar um perfil sobre os principais problemas de saúde da comunidade, e que nos permita desenvolver planos e estratégias em saúde para resolver os mesmos.

Seu consentimento será obtido por sua assinatura neste documento após seu conteúdo lhe ser explicado por um dos pesquisadores abaixo citados.

Sua participação é voluntária e se dará por meio da autorização de uso dos dados pessoais contidos nas fichas de cadastro ex: (“A” da ESF da Vila da Barca).

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são os de terem seus dados pessoais acessados por terceiros, o que será minimizado pelo manuseio exclusivo dos dados pelos pesquisadores, sendo assegurado o sigilo e privacidade das informações obtidas. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a criação de um perfil sociodemográfico de sua comunidade, e futuramente irá se beneficiar das estratégias que serão traçadas.

Todo material e informações coletadas durante a pesquisa serão utilizados somente para a mesma e ficarão na posse do pesquisador principal por período legal de cinco anos, sendo incinerados após.

Este trabalho será realizado com recursos próprios dos autores, não tendo financiamento ou coparticipação de nenhuma instituição de pesquisa. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Sua participação é voluntária. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação em qualquer momento, sem quaisquer prejuízos, penalidades e ou retaliações.

Em caso de dano pessoal, diretamente provocado por alguma das etapas da pesquisa, você terá direito a indenizações legalmente estabelecidas, estando os pesquisadores integralmente a sua disposição em horário comercial.

Os resultados da pesquisa ficarão à sua disposição quando finalizada. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo: Avaliação do desempenho dos estudantes de (NOME DO CURSO ex: medicina) utilizando o método: Exame Clínico Objetivo Estruturado, de maneira clara e detalhado, e esclareci minhas dúvidas.

Declaro que concordo participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Belém, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2017.

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

Assinatura do participante

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

Nome completo e assinatura do coordenador

(Nº do Conselho de classe, endereço e telefone institucional)

Demais pesquisadores

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME | FUNÇÃO NO PROJETO | TELEFONE DE CONTATO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |