

< Brasão, logomarca... da pessoa jurídica (instituição, organização etc.)>

< NOME DA INSTITUIÇÃO, ORGANIZAÇÃO...>  
**CENTRO DE** (ou setor equivalente, quando for o caso) < ... >  
**DEPARTAMENTO** (ou setor equivalente, quando for o caso) < ... >  
**PROGRAMA DE** (ou setor equivalente, quando for o caso) < ... >

## **MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** **(TCLE)**

Prezado(a) **PARTICIPANTE DE PESQUISA**,

Os pesquisadores \_\_\_\_\_ convidam você a participar da pesquisa intitulada “\_\_\_\_\_”. Para tanto você precisará assinar o TCLE que visa assegurar a proteção, a autonomia e o respeito aos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual – e que a estruturação, o conteúdo e forma de obtenção dele observam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas pela **Resolução 466/2012 e/ou Resolução 510/2016**, do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Sua decisão de participar neste estudo deve ser voluntária e que ela não resultará em nenhum custo ou ônus financeiro para você (ou para o seu empregador, quando for este o caso) e que você não sofrerá nenhum tipo de prejuízo ou punição caso decida não participar desta pesquisa. Todos os dados e informações fornecidos por você serão tratados de forma anônima/sigilosa, não permitindo a sua identificação.

**Objetivo da Pesquisa** (Esta pesquisa tem por objetivo < ... >.)

**Descrever a metodologia:** (descrever da forma mais clara possível a coleta de dados e com uma linguagem simples)

**Riscos ao(à) Participante da Pesquisa** ( descrever os riscos, ainda que mínimos, (cansaço ou constrangimento e outros) previsíveis ou não)

<Explicitar quaisquer riscos, reais ou potenciais, e formas de assistência ao (à) participante da pesquisa na hipótese de ocorrência deles>.

**Benefícios ao(à) Participante da Pesquisa**

< Explicitar os benefícios, reais ou potenciais, diretos ou indiretos, ao (à) participante da pesquisa>.

**Informação de Contato do Responsável Principal e de Demais Membros da Equipe de Pesquisa**

< Nome completo> (Responsável Principal pela Pesquisa)

<Filiação institucional ou vínculo profissional>  
<E-mail e telefones de contato>

**Endereço e Informações de Contato da(o) < nome da instituição >**

<Incluir endereço físico e virtual, e-mail e telefone, horários de atendimento ao público>

**Endereço e Informações de Contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/CCS/UFPB**

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)  
Centro de Ciências da Saúde (1º andar) da Universidade Federal da Paraíba  
Campus I – Cidade Universitária / CEP: 58.051-900 – João Pessoa-PB  
Telefone: +55 (83) 3216-7791  
E-mail: [comitedeetica@ccs.ufpb.br](mailto:comitedeetica@ccs.ufpb.br)  
Horário de Funcionamento: de 07h às 12h e de 13h às 16h.  
Homepage: <http://www.ccs.ufpb.br/eticaccsufpb>

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Ao colocar sua assinatura ao final deste documento, **VOCÊ**, de forma voluntária, na qualidade de **PARTICIPANTE** da pesquisa, expressa o seu **consentimento livre e esclarecido** para participar deste estudo e declara que está suficientemente informado(a), de maneira clara e objetiva, acerca da presente investigação. É receberá uma cópia deste **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**, assinada pelo(a) Pesquisador(a) Responsável.

Cidade-Sigla do estado, DD de MM de AAAA.  
**Acrescentar a marca d'água para analfabetos.**

---

Assinatura, por extenso, do(a) Participante da Pesquisa

---

Assinatura, por extenso, do(a) Pesquisador(a) Responsável pela pesquisa

**Adaptar colocando a descrição para aceitar ou não aceitar participar da pesquisa online, marcando com um X**

**Obs: Todas as demais laudas devem ser rubricadas.**