**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ADOLESCENTES COM IDADE ENTRE 10 E 17 ANOS**

Eu, (nome do pesquisador), estudante do curso de (curso no qual está matriculado) do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio, convido-o(a) a participar de pesquisa sobre (tema da pesquisa), que tem como objetivo (inserir o objetivo geral).

A sua participação é voluntária, sendo sua colaboração muito importante para o andamento da pesquisa, que consiste em (inserir a forma de participação, explicando com clareza em que consiste a sua participação).

Serão assegurados a você o anonimato, o sigilo das informações, a privacidade e todas as condições que lhe confiram proteção à sua dignidade, constitucionalmente garantidos. A utilização dos resultados da pesquisa será exclusiva para fins técnico-científicos. Os riscos na participação serão minimizados, mediante a atuação do pesquisador pela atenção e zelo no desenvolvimento dos trabalhos ao assegurar um ambiente seguro, confortável e de privacidade, evitando desconforto e constrangimento. Por outro lado, se você concordar em participar na pesquisa estará contribuindo para o desenvolvimento da mesma nesta área. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade será assegurada e mantida em absoluto sigilo. Caso concorde em participar, em qualquer momento você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como desistir dela e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo para você. Você não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação pela participação na pesquisa.

**Consentimento:**

 Declaro ter recebido de (nome do pesquisador), estudante do curso de (curso no qual está matriculado) do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações fornecidas pelo(a) meu (minha) filho(a) somente para fins técnico-científicos, sendo que o seu nome será mantido em sigilo. Autorizo a gravação da fala de meu(minha) filho(a), em ambiente confortável e de privacidade, durante a entrevista, bem como a sua utilização na pesquisa.

 Declaro que meu (minha) filho(a) menor de 18 anos foi informado(a) verbalmente e por escrito sobre a finalidade e objetivos da pesquisa. Caso seja de seu interesse, ele(a) poderá, a qualquer momento, interromper a sua participação na pesquisa sem prejuízo para a sua pessoa. Fomos informados que não teremos nenhum tipo de despesa nem receberemos nenhum pagamento ou gratificação pela participação na pesquisa. Nossas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo que minha filha participe voluntariamente das atividades da pesquisa.

Assinatura do(a) participante(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Pesquisadora: (nome completo)

Impressão de polegar caso não assine

Rua (Endereço Completo).

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

Orientadora: (titulação e nome completo)

Rua (Endereço Completo):

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

Comitê de Ética em Pesquisa do UNICERP: Fone: (34) 3839-3737 ou 0800-942-3737

Av. Liria Terezinha Lassi Capuano, 466, Campus Universitário - Patrocínio – MG, CEP: 38740.000

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS DE ADOLESCENTES MENORES DE 18 ANOS**

Senhores pais,

Venho solicitar-lhes a autorização para (inserir forma de participação) de seu/sua filho(a) para a pesquisa intitulada “(introduzir o título da pesquisa)”, que estou desenvolvendo como estudante do curso de (curso no qual está matriculado) do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio.

O objetivo da pesquisa é (explicar os objetivos de forma clara e precisa). De acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisas/MS, garanto-lhe que não será revelado o nome de seu/sua filho(a) e que as informações obtidas serão para uso somente dessa pesquisa e para divulgação dos resultados em trabalhos técnico-científicos. Os riscos na participação consistem em (descrever claramente os riscos inerentes ao desenvolvimento da pesquisa), todavia, há o comprometimento de minimização destes mediante a atuação do pesquisador pela atenção e zelo no desenvolvimento dos trabalhos em assegurar ambiente seguro, confortável e de privacidade, evitando desconforto e constrangimento. Por outro lado, se você concordar em participar na pesquisa estará contribuindo (inserir os benefícios em participar da pesquisa).

Caso concordem que sua filha participe dessa pesquisa, solicito assinar este termo de consentimento.

**Consentimento:**

 Autorizo meu/minha filho(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a participar de pesquisa realizada pelo(a) pesquisador (nome completo) sobre (inserir tema) e que as informações prestadas por ela sejam gravadas, analisadas e transcritas, e os resultados do estudo sejam divulgados somente para fins técnico-científicos. Fui informado que a identificação de meu/minha filho(a) será mantida em absoluto sigilo para preservar sua privacidade e que, tendo o endereço e telefone do(a) pesquisador(a), poderei solicitar informações ou a liberação da participação de meu/minha filho(a), em qualquer momento da pesquisa.

Assinatura do(a) participante(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Impressão de polegar caso não assine

Pesquisadora: (nome completo)

Rua (Endereço Completo).

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

Orientadora: (titulação e nome completo)

Rua (Endereço Completo):

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

Comitê de Ética em Pesquisa do UNICERP: Fone: (34) 3839-3737 ou 0800-942-3737

Av. Liria Terezinha Lassi Capuano, 466, Campus Universitário - Patrocínio – MG, CEP: 38740.000