

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL CURSO DE GRADUAÇÃO EM -----

Esta pesquisa é sobre..... e está sendo desenvolvida por, aluno(a) do Curso de..... da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof(a)

Os objetivos do estudo são

A finalidade deste trabalho é contribuir para

(Colocar neste ponto do termo os benefícios diretos ou indiretos aos participantes da pesquisa ou à comunidade).

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (quando for o caso).

(Colocar neste ponto do termo uma avaliação dos possíveis riscos e/ou desconfortos para o participante da pesquisa).

Solicito sua permissão para que a entrevista seja gravada *(se for o caso)*, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica *(se for o caso)*. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

O(s) pesquisador(es) estará(ão) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

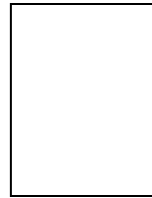
Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Participante

OBS: (em caso de analfabeto - acrescentar)

Assinatura da Testemunha



Endereço (Setor de Trabalho) do Pesquisador Responsável:

.....

Telefone para contato: