

**TERMO DE ASSENTIMENTO - PARTICIPANTE IDOSO INSTITUCIONALIZADO ALFABETIZADO {COM E SEM ACESSO A PRONTUÁRIO MÉDICO - DELETAR}**

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário(a)da pesquisaTítulo do estudo e que tem como objetivo*Inserir objetivo da pesquisa (descrever* ***o objetivo*** *de maneira clara e em linguagem acessível ao participante da pesquisa)*. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é Justificativa do estudo a execução da pesquisa – motivo importância, etc - (linguagem simples para o idoso – é importante conhecer um pouco a população para ter melhor clareza da linguagem a ser utilizada).

O projeto consiste nos seguintes procedimentos: (descrever os procedimentos /terapêuticas /atividades / tempo gasto / local do estudo aos quais os participantes serão submetidos, em linguagem acessível ao leigo – se imprescindíveis os termos técnicos, mencionar explicação entre parênteses). Descrever se serão gravados os diálogos, no caso de entrevista, seja por voz ou por imagem, ou ambas, e no casode imagem descrever o que serão feitos com as mesmas – considerar a questão da publicação de foto com tarja ou não, no caso de rosto ou com qualquer outro recurso que vise a não identificação do participante. Cuidado para casos raros em que o participante pode ser identificado.

SE HOUVER ACESSO A PRONTUÁRIO MÉDICO, ADICIONAR O SEGUINTE TEXTO AO PARÁGRAFO ANTERIOR. “Também será necessário o acesso a alguns dados de seu prontuário médico, sob guarda do(a) (identificar a instituição onde o prontuário está guardado) . Não serão copiados dados do prontuário que possam idendificá-lo(a).Você foi escolhido(a) em participar porque (descrever porque foi/foramescolhido(s) – podem estar sozinhos ou em um grupo)”

Durante a execução do projeto (descrever os benefícios esperados para o participante da pesquisa, sempre em linguagem acessível ao leigo, em caso de não existir benefício direto deixar explícito a importância para a comunidade como um todo, para a Ciência em questão). É possível que aconteçam (descrever os riscos e/ou desconfortos relativos aos procedimentos da pesquisa). (Descrever para cada risco (de qualquer natureza) os procedimentos para sua redução, e no caso de ocorrência, quais serão os procedimentos).

Você recebeu esse convite porque o(a) responsável pela (Inserir o nome da instituição de longa permanência), Sr(a) (Inserir o nome) autorizou a sua participação.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, o (a) Sr.(a) você tem direito de:

1. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade (todos os documentos e dados físicos oriundos da pesquisa ficarão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta).
2. Assistência durante toda pesquisa, bem como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que quiser saber antes, durante e depois da sua participação.
3. Recusar a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrer qualquer prejuízo à assistência a que tem direito.
4. Ser ressarcido por qualquer custo originado pela pesquisa (tais como transporte, alimentação, entre outros, bem como ao acompanhante, se for o caso, conforme acerto preliminar com os pesquisadores). Não haverá compensação financeira pela participação.
5. Procurar por indenização, conforme determina a lei, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo.
6. Ter seus dados utilizados apenas para esta pesquisa.
7. Ter a garantia de que os pesquisadores estão cientes e sujeitos ao regramento da Lei Geral de Proteção de Dados no tocante a dados pessoais e dados pessoais sensíveis.
8. Procurar esclarecimentos com oSr (a).(NOME DO PESQUISADOR, por meio do número de telefone: (0XX) XXXXX-XXXXou no ENDEREÇO (ENDEREÇO PROFISSIONAL COMPLETO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, INDICANDO INCLUSIVE O PRÉDIO/BLOCO E A SALA ONDE POSSA SER ENCONTRADO), em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos. Seu representante legal pode procurar esses esclarecimentos.
9. Entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim pelo telefone (54)3520-9000, ramal 9191, entre segunda e sexta-feira das 13h30min às 17h30min ou no endereço Avenida Sete de Setembro, 1621, Sala 1.37 na URI Erechim ou pelo e-mail eticacomite@uricer.edu.br, se achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como foi proposta ou que se sinta prejudicado (a) de alguma forma, ou se desejar maiores informações sobre a pesquisa.Seu representante legal pode procurar esses esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim.

 O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, com múnus público, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa, no que diz respeito à integridade e à dignidade dos mesmos, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa, dentro dos padrões éticos.

Eu, *Nome por extenso do participante da pesquisa (NÃO É ASSINATURA)*, declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, autorizando inclusive o acesso aos dados essenciais a esta pesquisa, contidos no meu prontuário médico, assinando este consentimento em três vias, ficando com a posse de uma delas.

 Erechim, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Participante idoso da Pesquisa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, *Nome por extenso do pesquisador (NÃO É ASSINATURA)*, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Professor Pesquisador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, *Nome por extenso do aluno-pesquisador (NÃO É ASSINATURA)*, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do aluno-pesquisador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se existir mais de um *aluno-pesquisador, repetir o campo anterior para todos os envolvidos.*