**Anexo II**

**Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Este é um convite para você participar da pesquisa que estamos desenvolvendo intitulada *inserir o nome do projeto de pesquisa “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”* eu, *inserir nome do(a) pesquisador(a)* (pesquisador principal), discente do Curso de *inserir o nome do curso* da *inserir o nome da instituição de ensino* e o(a) Prof(ª). Dr(ª). *inserir o nome do orientador* (professor(a) orientador(a) e pesquisador(a), somos os responsáveis por esse estudo. *Esta pesquisa tem como objetivo inserir objetivos gerais e específicos. Apresentar como se dará a participação dos participantes no estudo (como ocorrerá a coleta de dados/intervenção de pesquisa). Apresentar benefícios do estudo. Apresentar riscos do estudo e cuidados a serem tomados pelos pesquisadores mediante a ocorrência de riscos.* Se ocorrer algum dano à saúde, devidamente comprovado, em decorrência à participação no estudo, nós pesquisadores assumimos o compromisso de indenizá-lo. Ressaltamos que sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo, *esclarecer como o participante não terá prejuízos.* Afirmamos que seu anonimato será mantido e que todas as informações serão mantidas em sigilo. Quando da divulgação dos resultados nos meios científicos nos deteremos apenas aos resultados encontrados por este estudo. Ao participar desta pesquisa você não terá nenhuma despesa, bem como não receberá nenhum recurso financeiro. Mas, caso hajam despesas comprovadamente vinculadas à sua participação na pesquisa, estaremos à sua disposição para eventuais ressarcimentos. Sua colaboração permitirá *inserir as contribuições do estudo*. Caso concorde com os esclarecimentos realizados acima, solicitamos que assine este Termo no espaço reservado apresentado a seguir, bem como rubrique cada página deste documento. Você receberá todas as vias deste termo rubricadas em todas as suas páginas. Uma cópia do termo será arquivada pelo(a) pesquisador(a) principal por cinco anos, de acordo com os preceitos legais e será incinerada posteriormente a este período. Pedimos que você também guarde uma cópia do Termo consigo. Fica assegurada a assistência durante toda pesquisa. Caso necessite de mais alguma informação em relação à pesquisa, dúvidas e/ou novos esclarecimentos, bem como no caso de você optar por sair deste estudo, ou seja, revogar sua participação, você poderá entrar em contato pelos telefones e endereço eletrônico dos(as) pesquisadores (as) apresentados neste documento, ou ainda, você poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina *(se houver outro Comitê de Ética envolvido na avaliação ética o mesmo também deverá ser registrado)* que aprovou o desenvolvimento deste estudo. e que segue as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, que define as diretrizes para o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Este documento e a atividade da pesquisa aqui apresentada seguem estas diretrizes. Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

Pesquisador(a) principal: *inserir nome*. CPF: *inserir número.* Telefone: *(XX) inserir número (XX) inserir número*. E-mail: *inserir e-mail*  [Endereço](mailto:): *inserir endereço pessoal e profissional.*

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

Pesquisador(a) Responsável: *inserir nome*. CPF: *inserir número*. Telefone: *(XX) inserir número (XX) inserir número.* E-mail: *inserir e-mail* [Endereço](mailto:): *inserir endereço pessoal e profissional.*

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

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

Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina: Endereço: Av. Prof. Othon Gama D'Eça, 756, Centro, Florianópolis/SC, CEP 88015-240 E-mail: [cep.fns@hemosc.org.br](mailto:cep.fns@hemosc.org.br) Telefone:(48) -3251-9826

Nome do participante do estudo:

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

RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do participante:

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

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

*OBSERVAÇÃO: Caso este termo seja redigido em mais de uma página, os nomes e contatos dos pesquisadores e Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos na avaliação ética devem ser registrados em nota de rodapé em todas as páginas do Termo.*