

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Para crianças e adolescentes

VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR DA PESQUISA (TÍTULO DA PESQUISA), SOB RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR (CITAR O NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL). SEUS PAIS OU RESPONSÁVEIS SABEM DE TUDO O QUE VAI ACONTECER NA PESQUISA (RISCOS E BENEFÍCIOS) E PERMITIRAM QUE VOCÊ PARTICIPE.

ESTA PESQUISA SERÁ REALIZADA PARA (OBJETIVOS DA PESQUISA DESCRITOS EM LINGUAGEM ACESSÍVEL À IDADE DO PARTICIPANTE).

VOCÊ NÃO É OBRIGADO(A) A PARTICIPAR E PODERÁ DESISTIR SEM PROBLEMA NENHUM. VOCÊ SÓ PARTICIPA SE QUISER. AS CRIANÇAS (OU: OS ADOLESCENTES) QUE IRÃO PARTICIPAR DESTA PESQUISA TÊM DE (IDADE) A (IDADE) ANOS DE IDADE.

A PESQUISA SERÁ FEITA NO(A) (LOCAL), ONDE AS CRIANÇAS (OU ADOLESCENTES) SE ENCONTRAM (ESTUDAM ETC). PARA ISSO, SERÁ REALIZADO... (MATERIAIS E MÉTODOS). ESTA PESQUISA SERÁ REALIZADA PARA (DESCREVER OS BENEFÍCIOS). PORÉM, PODEM ACONTECER... (DESCREVER OS RISCOS). CASO ACONTEÇA ALGO ERRADO, NOS PROCURE PELOS TELEFONES (TELEFONES) OU PELO E-MAIL (E-MAIL).

NINGUÉM SABERÁ QUE VOCÊ ESTÁ PARTICIPANDO DA PESQUISA; NÃO FALAREMOS A OUTRAS PESSOAS, NEM DAREMOS A ESTRANHOS AS INFORMAÇÕES QUE VOCÊ NOS DER. OS RESULTADOS DA PESQUISA VÃO SER PUBLICADOS (EXPLICAÇÃO DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS), MAS SEM IDENTIFICAR AS CRIANÇAS QUE PARTICIPARAM.

() ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA

() NÃO ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA

Assinatura do menor

Assinatura do pesquisador

CEP – Comitê de Ética Pesquisa Faculdade São Leopoldo Mandic

Rua José Rocha Junqueira, 13 13045-755

Campinas/SP Fone: (19) 32113600

cep@slmandic.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável:

Endereço:

Fone: (XX)

E-mail: