**Título da Pesquisa:**

**Objetivo:**

**Período da coleta de dados: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_** (atualizar para que a coleta dos dados esteja com as datas pós-aprovação do comitê. o cronograma deve estar atualizado em meses e ano)

**Tempo estimado para cada coleta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_horas/dias**

**Local da coleta:** obrigatório o termo de anuência de onde se realizará a pesquisa

**Pesquisador/Orientador: Telefone:**

**Pesquisador/Acadêmico: Telefone:**

**\_\_\_\_\_\_\_ fase do Curso de Odontologia da UNESC**

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o (a) senhor (a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

|  |
| --- |
| **DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA** |
| Relato de caso: o presente estudo irá relatar um caso clínico realizado **(LOCAL)** |

|  |
| --- |
| **RISCOS** |
| Sugestão: Perda da confiabilidade dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais do paciente. (Um relato de caso não tem riscos para o paciente pois pressupõe que o paciente já assinou o TCLE para que pudesse ser atendido no local e estes riscos já foram expressos no TCLE do tratamento.) |

|  |
| --- |
| **BENEFÍCIOS** |
|  |

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

**Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesc.net.**

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSINATURAS** | |
| **Voluntário/Participante**  A assinatura do paciente só irá depois que for aprovado pelo comitê. A submissão do TCLE é o modelo preenchido que será depois apresentado ao paciente  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Assinatura**  **Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_** | **Pesquisador Responsável**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Assinatura**  **Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_** |

Criciúma (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017.