

Nome do PROJETO: \_\_\_\_\_

Aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa, parecer nº \_\_\_\_\_, de / / \_\_\_\_\_ através da Plataforma Brasil.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a)

Este é um convite para você participar da pesquisa: \_\_\_\_\_  
cujo objetivo é (avaliar...) \_\_\_\_\_.

Para tanto, necessitamos da sua colaboração, para responder algumas perguntas. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Com sua participação, teremos a oportunidade de obter informações que nos permitam alcançar os objetivos da pesquisa.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

As informações desta pesquisa serão coletadas através \_\_\_\_\_, porém, considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos, inclui risco, mesmo que esses não sejam previsíveis ou mensuráveis, de acordo com a metodologia adotada para este estudo, se em qualquer fase do mesmo, você sofrer algum dano comprovadamente decorrente da pesquisa, terá direito a solicitar indenização. A pesquisa não irá incorrer em gastos previsíveis para as participantes, porém em caso de gastos não previsíveis por parte do(s) voluntário(s), este(s) terá(ão) o direito ao ressarcimento, por compensação, exclusiva de despesa decorrente da sua participação.

Esta pesquisa poderá reverter em benefícios para melhora ou manutenção do seu estado de saúde, uma vez que, os resultados serão analisados, discutidos e disponibilizados pelo Curso de Odontologia – UNIFLU. Os problemas serão identificados e os dados divulgados possibilitando maiores esclarecimentos à sociedade.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre esta pesquisa poderá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UNIFLU, fone (22) 2101-3366 ou enviar e-mail para [cep@uniflu.edu.br](mailto:cep@uniflu.edu.br).

Os pesquisadores diretamente envolvidos nesse projeto são: o professor (mestre/doutor) \_\_\_\_\_ e o(s) acadêmico(s) do Curso de Odontologia – UNIFLU \_\_\_\_\_, cujo contato será pelo telefone e ou e-mails: \_\_\_\_\_.

Pesquisador:

\_\_\_\_\_  
Campos dos Goytacazes, RJ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa: \_\_\_\_\_.

Declaro ainda que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Sujeito da pesquisa/Representante legal:

\_\_\_\_\_  
(nome e CPF)