# TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE

**Título do Projeto**

**Pesquisador Responsável: XXXXXXXX**

**Colaboradores: XXXXXXXX**

# Nome do Voluntário:

Olá, como vai?

Você está sendo convidado(a) para conversar comigo sobre XXXXXXX

Ao vim para a Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (HEMOAM) por ter o diagnóstico de XXXXXX você será atendido e acompanhado pelo setor XXXXXX, por isso está sendo convidado a participar de uma pesquisa, conversando comigo. Pesquisa é uma forma da gente conhecer as coisas, as pessoas e o mundo.

**Você não é obrigado(a) a conversar comigo se não quiser**, mas se quiser me contar sobre você, vai ser bem legal. Ah, a qualquer momento você pode sair da conversa, basta falar, que vou entender...

# OBJETIVO DO ESTUDO

Descrever o objetivo do estudo de forma clara e leiga, devendo ser acessível aos participantes e podendo gerar os questionamentos que o mesmo achar pertinente.

 Descrever todos os benefícios que os participantes e principalmente a sociedade irão ter com a realização do projeto. Ressalta-se que todas as pesquisas possuem benefícios gerais devem ser descritos aqui.

Descrever todos os riscos que os participantes estejam expostos ao participarem da pesquisa. Ressalta-se que todas as pesquisas possuem riscos e devem ser descritos aqui. Explicitar os possíveis desconfortos e riscos decorrentes quando da obtenção da amostra biológica (se houver coleta de amostras)



Em caso de consequências por conta do desenvolvimento do estudo, sendo necessário atendimento médico, cuidado de enfermagem, intervenção psicológica, solicitarei colaboração dos profissionais imediatamente.

Além da equipe de saúde da qual você receberá cuidados, os registros médicos referentes a você poderão ser consultados pela equipe de pesquisadores envolvidos.

Não haverá qualquer custo para você ou qualquer forma de pagamento/ remuneração por sua participação neste estudo.

É garantido o direito à indenização aos participantes da pesquisa diante de eventuais danos decorrentes da participação do estudo, mas também trabalharemos para evitar tais ocorrências.

# É necessário que você fique ciente que a sua participação neste estudo é totalmente voluntária.

Vale ressaltar que você poderá recusar a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem qualquer penalidade ou perda de nenhum benefício o qual você tem direito.

Seu nome, documentos e dados não serão revelados a outras pessoas, nem mesmo quando os resultados do estudo forem divulgados. Somente pessoas autorizadas terão acesso à eles.

**Caso tenha alguma pergunta, é só falar.**

Nós estimulamos a você e responsável a fazer perguntas a qualquer momento do estudo. Se quiser falar conosco, por favor, entre em contato por ligação ou mensagem de texto para o pesquisador XXXXXXX (Tel. XXXXXXX) ou para XXXXXXXXXXXXX (Tel.XXXXXXXXX) e-mail: XXXXXXXXXXXX e XXXXXXXXXXXX

Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante deste estudo, também pode contar com outra forma de esclarecimento, com Comitê de Ética da Fundação HEMOAM, pelo telefone (92) 3655-0114 ou e-mail: cep@hemoam.am.gov.br.

# CONSENTIMENTO APÓS–INFORMAÇÃO

Eu, , por me considerar devidamente informados e esclarecido sobre o conteúdo deste documento e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente dou meu consentimento para inclusão como participante da pesquisa e atesto que me foi entregue uma cópia desse documento.

 ou Assinatura do Menor Participante

Impressão do dedo polegar Caso não saiba assinar

 - - Data

 ou Assinatura dos Pais ou Responsável

 - - Data

Impressão do dedo polegar Caso não saiba assinar

 - -

Assinatura do Pesquisador(a) Responsável Data