**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA BIORREPOSITÓRIO**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“**INSERIR TÍTULO DA PESQUISA**”**, cujo objetivo geral é **“**INSERIR OBJETIVO GERAL DA PESQUISA**”**

Para tanto pedimos sua autorização para a coleta, depósito, armazenamento e utilização do seu material biológico humano “ESPECÍFIQUE O TIPO DE MATERIAL A SER COLETADO”. O uso deste material estará vinculado apenas a este projeto de pesquisa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e sob a responsabilidade do pesquisador.

Antes de decidir, pedimos que leia este documento que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Caso você tenha alguma dúvida ou curiosidade, por favor, faça quantas perguntas desejar.

Caso você decida assinar este documento, você consentirá que seu material biológico seja coletado, depositado, e armazenado sob a responsabilidade da “NOME DA INSTITUIÇÃO” e sob o gerenciamento do pesquisador.

1. Para coletar o material iremos adotar as seguintes providências **“**EXPLIQUE DE MODO OBJETIVO E CLARO COMO SERÁ COLETADO O MATERIAL BIOLÓGICO**”**
2. O armazenamento do material coletado **“**EXPLIQUE DE MODO OBJETIVO E CLARO COMO SERÁ ARMAZENADO O MATERIAL BIOLÓGICO**”**
3. O descarte do material coletado **“**EXPLIQUE DE MODO OBJETIVO E CLARO COMO SERÁ DESCARTADO O MATERIAL BIOLÓGICO**”**
4. Enquanto benefício, a presente pesquisa “DESCREVER OS BENEFÍCIOS DA PESQUISA, CONFORME INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROJETO DETALHADO E EM ATENDIMENTO À RESOLUÇÃO 466/12”.
5. Como riscos desta pesquisa “DESCREER OS RISCOS DA PESQUISA, CONFORME INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROJETO DETALHADO E EM ATENDIMENTO À RESOLUÇÃO 466/12”.
6. Para contornar ou minimizar estes riscos “DESCREER AS MEDIDAS PARA MITIGAR OS RISCOS DA PESQUISA, CONFORME INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROJETO DETALHADO E EM ATENDIMENTO À RESOLUÇÃO 466/12”.

**I - Garantias dos direitos da pessoa que está autorizando o armazenamento e uso de seu material biológico-dentes para fins de pesquisa**

1. Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre o andamento e os resultados da pesquisa realizada com o seu material biológico. Basta contatar o pesquisador.

2. Você poderá retirar o consentimento de guarda e utilização do material biológico armazenado neste Biorrepositório a qualquer tempo e sem quaisquer ônus ou prejuízos.

2.a. Neste caso, você receberá sua amostra biológica de volta.

2.b. Caso seja sua decisão retirar seu consentimento, você deverá informar ao pesquisador por escrito, seja por e-mail, WhatsApp ou carta. Caso sinta dificuldade em contar o pesquisador, você poderá contar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba.

3. Nenhuma informação ou dado que lhe pertence será divulgado. O Biorrepositório irá preservar sua confidencialidade, sigilo e privacidade.

4. Você tem o direito de conhecer os resultados obtidos com a utilização do seu material biológico. Para tanto vamos **“**EXPLIQUE COMO SERÁ REALIZADA A DEVOLUTIVA DO ESTUDO**”.**

5. Você será informado sobre a perda ou destruição de sua amostra biológica, bem como no encerramento deste Biorrepositório.

6. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa é garantido o seu direito de indenização nos termos da lei. Da mesma forma, em caso de despesas você será ressarcido mediante devida comprovação.

**II. Informações de nomes, endereços e telefones e e-mail dos responsáveis pelo biorrepositório**

RESPONSÁVEL: NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.

CARGO/FUNÇÃO: INFORMAR

ENDEREÇO: INFORMAR. Telefones: INFORMAR. E-mail: INFORMAR

Diante de todas as informações, gostaríamos de fazer as seguintes perguntas:

- Você concorda com a utilização do seu material biológico no Biorrepositório da presente pesquisa?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (\_\_\_) | Sim | (\_\_\_) | Não |

- Você deseja ser consultado toda vez que o seu material biológico vier a ser utilizado em novas pesquisas, mesmo que realizadas por outros pesquisadores?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (\_\_\_) | Sim | (\_\_\_) | Não |

- Você concorda com a eventual transferência do seu material biológico para outro Biorrepositório ou Biobanco após o término desta presente pesquisa sem sua consulta?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (\_\_\_) | Sim | (\_\_\_) | Não |

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba.

Caso persistam dúvidas, sugestões e/ou denúncias após os esclarecimentos do pesquisador o Comitê de Ética está disponível para atender.

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14, Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB

Telefone: (083) 3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

**III. DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO PARTICIPANTE OU RESPONSÁVEL**

Declaro que, após ser sido esclarecido e ter entendido sobre a pesquisa e seus possíveis riscos e os benefícios, concordo em conceder meu material biológico para a sua utilização no projeto de pesquisa do presente Biorrepositório.

................................... , .............. de ........................................... de 2.........

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

Assinatura do participante da pesquisa (consentidor)

Telefone de contato do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail de contato do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço de contato do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

INSERIR NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Responsável do Biorrepositório