**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a)sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final desse documento, em que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

Título do projeto: *Título*

Responsável pela pesquisa: *Pesquisador*

Endereço e telefone para contato: Avenida Vilmar Fernandes, 300, Setor Sant Luzia, Confresa MT, (66) 3564- 2626.

*Descrever os objetivos e metodologia da pesquisa a ser realizada.*

Riscos aos participantes: Informar os riscos aos participantes de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde sobre ética em pesquisa.

Local e data: *Local*, *dia* de *mês* de *ano*.

Nome:

Endereço: Aldeia

RG ou CPF:

Assinatura do sujeito responsável:

Responsável pela pesquisa: