**TERMO DE ASSENTIMENTO PARA PARTICIPANTE MENOR DE IDADE (acima de 6 anos)**

Baseado nas diretrizes contidas na Resolução CNS nº 466/2012, MS.

Prezado (a) participante,

Esta pesquisa é sobre **(citar título)** e está sendo desenvolvida por **(citar nome dos pesquisadores, do curso XXXX da FPB, sob a orientação do(a) Prof (a) XXXXX - se for o caso)**. Os objetivos do estudo são **(citar utilizando termos acessíveis ao entendimento dos participantes, sem alterar o sentido dos mesmos)**. A finalidade deste trabalho é contribuir para **(colocar neste ponto do termo os benefícios diretos ou indiretos aos participantes da pesquisa ou à comunidade)**. Solicitamos a sua colaboração para **(colocar o tipo de procedimento a ser realizado, como por exemplo: entrevista e seu tempo médio de duração)**, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

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

Assinatura do pesquisador(a) responsável(a)

Eu aceito participar da pesquisa, que tem o objetivo **XXXXX.** Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir sem que nada me aconteça. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus pais e/ou responsáveis. Li e concordo em participar como voluntário da pesquisa descrita acima. Estou ciente que meu pai e/ou responsável receberá uma via deste documento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

Município UF Dia Mês Ano

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

Assinatura do participante ou responsável legal