**TERMO DE ASSENTIMENTO (menor entre 7 a 12 anos)**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Neste estudo pretendemos descrever \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***VAMOS ESTUDAR CRIANÇAS COMO VOCÊ QUE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, MEDICAMENTOS QUE VOCÊ USA E OUTROS ITENS IMPORTANTES PARA SABER COMO É A VIDA DAS CRIANÇAS \_\_\_. SEUS PAIS OU RESPONSÁVIES ESTÃO DE ACORDO QUE VOCÊ PARTIDIPE DO ESTUDO E VOCÊ PODE DECIDIR NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO OU PARAR QUANDO QUISER. OU SEJA, VOCÊ SÓ PARTICIPA SE QUISER!***

***SEU TRATAMENTO AQUI NESTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÃO MUDARÁ NADA SE VOCÊ PARTICIPAR OU NÃO DO ESTUDO. EXISTE O RISCO DE SEU NOME SER DESCOBERTO COMO PARTICIPANTE DESTE ESTUDO. PODEM HAVER OUTROS RISCOS INESPERADOS. VOCÊ PODE PEDIR INDENIZAÇÃO SE ENTENDER QUE SOFREU ALGUM PREJUÍZO COM O ESTUDO.***

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de \_\_\_\_anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_\_\_\_ (se já tiver documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo.

Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_ .

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

Assinatura do(a) menor

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

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS

Rua Dr. Augusto Viana, s/n, 1º andar - Canela, SSA - BA, Cep: 40.110-060, Telefone: 3646-3450 Email: [cep.hupes@ebserh.gov.br](mailto:cep.hupes@ebserh.gov.br)

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TERMO DE ASSENTIMENTO (menor entre 13 e 18 anos)**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Neste estudo pretendemos descrever \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo referentes a uma possível quebra de sigilo sobre seus dados (apesar de muito improvável). Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de \_\_\_ anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_\_\_ (se já tiver documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_.

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

Assinatura do(a) menor Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS

Rua Dr. Augusto Viana, s/n, 1º andar - Canela, SSA - BA, Cep: 40.110-060, Telefone: 3646-3450

Email: [cep.hupes@ebserh.gov.br](mailto:cep.hupes@ebserh.gov.br)

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_