**TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR**

*O termo de assentimento não elimina a necessidade de fazer o termo de consentimento livre e esclarecido que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor (Apagar o texto em azul, antes da finalização deste documento).*

Você está sendo convidado para participar da pesquisa (TÍTULO DA PESQUISA). Seus pais permitiram que você participe. Queremos saber (OBJETIVOS da PESQUISA). As crianças que irão participar dessa pesquisa têm de (IDADE) a (IDADE) anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser e não terá nenhum problema se você desistir.

A pesquisa será feita no/a (LOCAL), onde você (DESCREVA EM PALAVRAS SIMPLES O MÉTODO QUE SERÁ ADOTADO). Para isso, será usado/a (MATERIAL). O uso do (a) (MATERIAL) é considerado(a) seguro (a), mas é possível que (RISCOS). Caso aconteça algo que você não goste, pode nos procurar pelos telefones (TELEFONES) do/a pesquisador/a (NOME PESQUISADOR(A), inclusive pode ligar a cobrar. Mas há coisas boas que podem acontecer como (BENEFÍCIOS).

Se você morar longe do (LOCAL ONDE SERÁ A PESQUISA), nós daremos a seus pais dinheiro suficiente para você vir/ir para participar da pesquisa e voltar para casa. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa (EXPLICACÃO DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS). Se você tiver alguma dúvida, você pode nos perguntar ou a pesquisador(a) (NOME). Eu escrevi os telefones na parte de cima desse texto.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle -UNIRIO/EBSERH. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (21) 2264-5177, whatsapp (21)97138-5971 ou e-mail cep.hugg@unirio.br.com, horário de atendimento das 08h:00 às 17h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP-HUGG se localiza no quarto andar do HUGG, pavilhão hospitalar, acesso pela escada ou elevador ao final do corredor que leva à enfermaria de Ortopedia – Rua Mariz e Barros 775, Tijuca, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20270-004. **(se houver um CEP coparticipante deve-se colocar os dados deste também )**

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a). Se você quer participar assine no espaço que há no final da folha. Uma cópia desse papel ficará com você.

Brasília, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do menor

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

Assinatura do(a) pesquisador(a)

*Dependendo da idade da criança o termo de anuência pode ser elaborado com o uso de imagens ou outra forma de comunicação adequada ao perfil da mesma. (o texto em azul deve ser deletado antes da finalização deste documento).*