



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, autorizo o Centro Universitário AGES, por intermédio do (a) aluno (a), \_\_\_\_\_ devidamente orientado pelos

professores do Colegiado de Fisioterapia a desenvolver a atividade abaixo descrita

1-Título da atividade:

2-Objetivos: acompanhar a rotina de atendimento fisioterapêutico de um fisioterapeuta, em qualquer nível de atenção à saúde (clínicas, hospitais, unidades de saúde, domicílio).

3-Descrição de procedimentos: o aluno irá, única e exclusivamente, observar a abordagem fisioterapêutica, podendo colher dados dos pacientes em atendimento, bem como, se autorizado, capturar imagens para registro acadêmico.

5-Desconfortos e riscos esperados: Esta atividade é baseada em coleta de dados, sem nenhum tipo de intervenção física e/ou psicológica. Mesmo não havendo previsão de danos ou riscos aos voluntários, os pesquisadores comprometem-se a manter a ética durante a coleta de dados, podendo o voluntário retirar seu consentimento a qualquer tempo.

Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da atividade será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6-Benefícios esperados: A observação da prática clínica contribuirá para a formação profissional na fisioterapia.

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à atividade. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10-Confianabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. Os pesquisadores poderão fotografar dos procedimentos fisioterapêuticos desde que autorizados (através da assinatura deste termo), e comprometem-se a preservar a identidade, já que nomes, sobrenomes e imagens do participante não serão divulgados. Porém, os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em atividades acadêmicas.

12-Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável

Nome:

Endereço profissional/telefone/e-mail:

**ATENÇÃO:** A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário AGES.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL