**MINUTA TERMO DE CONSENTIMENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Título do projeto:** | | |
|  | | |
| **Nome do pesquisador principal:** |  | |
| **Razão social da instituição da CEUA que aprovou:** |  | |
| **CIAEP da instituição que aprovou:** |  | |
| **Objetivos do estudo:** | | |
| * *.* | | |
| **Procedimentos a serem realizados com os animais:** | | |
|  | | |
| **Potenciais riscos para os animais:** | | |
|  | | |
| **Cronograma*:*** | | |
|  | | |
| **Benefícios** | | |
|  | | |
| **Esclarecimentos ao proprietário sobre a participação do animal neste projeto:** | | |
| - Sua autorização para a inclusão do(s) seu(s) animal(is) nesse estudo é voluntária. Seu(s) animal(is) poderá(ão) ser retirado(s) do estudo, a qualquer momento, sem que isso cause qualquer prejuízo a ele(s). A confidencialidade dos seus dados pessoais será preservada. Os membros da CEUA ou as autoridades regulatórias poderão solicitar suas informações, e nesse caso, elas serão dirigidas especificamente para fins de inspeções regulares.  - O Médico Veterinário responsável pelo(s) seu(s) animal(is) será o(a) Dr(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito (a) no CRMV sob o n. \_\_\_\_\_\_\_\_. Além dele, a equipe do Pesquisador Principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ também se responsabilizará pelo bem-estar do (s) seu (s) animal (is) durante todo o estudo e ao final dele. Quando for necessário, durante ou após o período do estudo, você poderá entrar em contato com o Pesquisador Principal ou com a sua equipe pelos contatos listados abaixo.  - Sua autorização para a inclusão do(s) seu(s) animal(is) nesse estudo não acarretará qualquer ônus ou benefício financeiro. | | |
|  | | |
| **Contatos** | | |
|  | | |
| **Telefone de emergência pesquisador:** | |  |
| **Equipe:** | |  |
| **Endereço:** | |  |
| **Telefone** | |  |

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Fui devidamente esclarecido(a) sobre todos os procedimentos deste estudo, seus riscos e benefícios ao(s) animal(is) pelo(s) qual(is) sou responsável. Fui também informado que posso retirar meu(s) animal(is) do estudo a qualquer momento. Ao assinar este Termo de Consentimento, declaro que autorizo a participação do(s) meu(s) animal(is) identificado(s), a seguir, neste projeto.

Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará comigo e outra com o pesquisador.

***Juiz de Fora/MG***, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Assinatura do Responsável |  | Assinatura do Pesquisador |

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsável:** | |
| **Nome:** | |
| **Número do Documento de Identidade:** |  |
| **Identificação do animal** | |
| **Nome:** |  |
| **Número de identificação:** |  |
| **Espécie:** |  |
| **Raça:** |  |