

Logo/nome da Instituição de Ensino Superior	Nome do Curso Título do Estudo
---	-----------------------------------

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

Convido-o a participar do estudo intitulado **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, parte complementar como requisito para o aluno **XXXXXXXXXX** obter o título de Nutricionistas.

O estudo tem o objetivo de **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**.

A sua participação no estudo envolverá três visitas à **CITAR O LOCAL, CONSTANDO BAIRO E CIDADE**, onde você será submetido aos seguintes procedimentos:

Visita 1: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**.

Visita 2: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**.

Visita 3: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**

DESCREVER O PROCEDIMENTO DE CADA VISITA/ENCONTRO COM O VOLUNTÁRIO, INCLUINDO O TEMPO ESTIMADO DE TESTE/ENTREVISTA.

Informações complementares: UTILIZAR AS QUE FOREM PERTINENTES AO SEU OBJETO DE ESTUDO.

- 1- Para os testes de força, você não deverá realizar qualquer atividade física 24 h antes da coleta dos dados, estando liberado em seguida para a sua prática rotineira de exercícios.
- 2- Nas 24 h que antecederem os testes da terceira visita, você deverá seguir as recomendações de alimentação que serão distribuídas pelos pesquisadores ao início do projeto. Além disso, você deverá registrar todos os alimentos ingeridos nos dias de controle alimentar.
- 3- No decorrer do estudo existe a possibilidade, ainda que remota, de os testes de força causar dor muscular entre 24 e 48 horas após sua execução.
- 4- Todos os procedimentos são inteiramente gratuitos e não exige vínculo da sua participação até o término das três visitas.
- 5- Você não receberá qualquer tipo de remuneração ou recompensa pela sua participação no estudo.
- 6- Os resultados dos testes por você realizados serão confidenciais, porém, poderão ser utilizados para fins educacionais e/ou de pesquisa (apresentação em aulas, palestras, publicações etc.) sem que o seu nome seja identificado em momento algum.
- 7- A qualquer momento você poderá deixar o estudo, mas deverá notificar os pesquisadores envolvidos, seja pessoalmente, por e-mail ou telefone.
- 8 – Em caso de intercorrências durante os testes, todos os custos serão de responsabilidade do Instituto Metodista Bennett.

Dados do voluntário:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Telefone: _____

Email: _____ Identidade: _____

Aceito () não aceito () o convite para participar como voluntário do presente estudo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2009

Voluntário

Testemunha

Investigador Responsável

Prof. Orientador

Testemunha

Caso deseje realizar registro fotográfico:

Autorização

Autorizo () Não autorizo () o registro fotográfico da minha pessoa durante a realização de quaisquer procedimentos relacionados a este estudo, sabendo que será utilizado única e exclusivamente para fins educacionais e/ou de pesquisa (apresentação em aulas, palestras, publicações etc.), sem que meu nome seja identificado. A negativa a esta autorização não inviabiliza minha participação neste estudo.

Voluntário

Investigador Responsável

Profa. Dra. Cláudia Meirelles