|  |
| --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO**  COMITÊ DE ÉTICA NO USO DE ANIMAIS DA FAZU / CEUA-FAZU  CIAEP: 01.0593.2019 |

*(De acordo com a Resolução Normativa CONCEA n. 22 (2005), o Termo de Consentimento é processo documentado (escrito, datado e assinado) pelo qual o responsável pelo(s) animal(is) do estudo ou seu representante, de forma voluntária, permite que seu(s) animal(is) participe(m) de um estudo. A minuta do Termo de Consentimento deve ser apresentada e aprovada pela CEUA institucional pertinente.)*

|  |
| --- |
| **Número protocolo CEUA:** |

|  |
| --- |
| **1. Título do Projeto** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Docente/Pesquisador Responsável** | |
| Nome: | E-mail: |

|  |
| --- |
| **3. Objetivos do estudo** |
|  |

|  |
| --- |
| **4. Procedimentos a serem realizados com os animais** |
| *(n. de visitas, o que será realizado e quando, descrição do que será feito com os animais, etc.)*  XXX |

|  |
| --- |
| **5. Potenciais riscos e/ou benefícios para os animais** |
| *(Se houver riscos, mencionar quais são detalhadamente; porém se houver benefícios, mencionar se haverá algum benefício do estudo para os animais, para outros animais e para sociedade)*  XXX |

|  |
| --- |
| **6. Cronograma de utilização dos animais** |
|  |

**7. 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) anima(is) será o (a) Dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRMV sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_. Além do médico veterinário responsável, 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: (xx) xxxxx - xxxx ou (xx) xxxxx - xxxx

Obs: Caso não haja necessidade de um médico veterinário responsável para o acompanhamento da pesquisa, justifique nesse termo.)

Tel. de emergência:

Equipe:

Endereço:

Telefone:

**8. 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **Dados dos animais a serem utilizados no projeto** | |
| **Nome do responsável pelos animais:**  xxx | **Documento de identidade:**  xxx |
| **Quantidade de animais a serem utilizados:**  xxx | |
| **Espécie:**  xxx | **Raça:**  xxx |
| **Identificação dos animais (nomes ou números):**  xxx | |

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

*(Cidade/UF, dia/mês/ano)*

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

Assinatura do Responsável

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

Assinatura do Pesquisador Responsável