TERMO DE CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DE ANIMAIS DOMÉSTICOS

E SELVAGENS EM ATIVIDADES DE ENSINO OU PESQUISA

Nome da ATIVIDADE DE ENSINO OU PESQUISA

Eu, nome do tutor do animal, RG n.º .......órgão expedidor, CPF n.º ....... profissão, domiciliado na endereço, em cidade (Estado), abaixo assinado, concordo que meu(s) animal (is) ou o(s) animal(is) sob minha responsabilidade, identificação dos animais pelo nome, número de registro, se houver, raça, idade e sexo (se possível), participe(m) da atividade de ensino/pesquisa denominada: NOME DA ATIVIDADE DE ENSINO OU PESQUISA, sob a responsabilidade do professor(es)/pesquisador(es), RG nº..... , CPF nº....., profissão, endereço profissional na rua ....., em cidade (Estado), telefone para contato.

Este documento contém informações suficientes sobre a atividade de ensino/pesquisa para minha decisão em participar. Se eu desistir de colaborar a qualquer momento, sem necessidade de qualquer explicação, isso não causará nenhum prejuízo à saúde do(s) animal(is) cedido(s) à atividade de pesquisa/ensino.

Estou ciente de que:

Os objetivos da atividade de ensino/pesquisa acima identificada são: .......

O procedimento será [descrever sucintamente o procedimento para a coleta de dados e/ou material biológico extraídos dos animais, esclarecendo as atividades e o tempo de duração (na descrição dos procedimentos não utilizar termos técnicos de difícil compreensão para leigos)].

Durante a participação de meu(s) animal(is)/ou do(s) animal(is) sob minha responsabilidade nesta atividade de ensino/pesquisa, os cuidados básicos com eles, como alimentação, hidratação, higiene, abrigo e medicação serão de minha responsabilidade ou responsabilidade do(s) professor(es)/pesquisador(es). (caso seja compartilhada, especificar qual atividade compete a cada um)

A participação do(s) meu(s) animal(is)/animal(is) sob minha responsabilidade é isenta de despesas, e não serei remunerado pela participação na pesquisa.

Meu(s) animal(is)/O(s) animal(is) sob minha responsabilidade tem/têm direito ...................(à assistência veterinária e tratamento) por eventuais danos, efeitos colaterais e reações adversas decorrentes de sua participação na presente pesquisa.

Concordo que sejam divulgados os resultados da pesquisa em publicações científicas, desde que meus dados pessoais sejam mantidos em sigilo.

Poderei consultar o pesquisador responsável no endereço e telefone acima quando entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre a participação do(s) meu(s) animal(is)/animal(is) sob minha responsabilidade.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética no Uso de Animais da FURB (telefone: 47 3321-0122).

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

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

Proprietário Pesquisador Responsável

Testemunhas: (necessárias apenas quando o proprietário não souber ou não puder assinar)

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

Nome: Nome:

RG ou RNE: RG ou RNE:

CPF/MF: CPF/MF:

Telefone: Telefone:

Observação - Retirar esse aviso:

Utilizar uma linguagem simples no Termo de Consentimento de modo que pessoas leigas possam ler e compreendê-lo.

Para o envio deste documento à Comissão de Ética, deve-se preencher apenas os dados do projeto/pesquisador(a)/orientador(a).

Retirar as anotações em vermelho depois de seguir as orientações ali mencionadas.