Uso exclusivo da **CEUA/UNIVÉRTIX**

Protocolo número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recebido em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo expressamente e de forma gratuita, sem ônus ao pesquisador, a participação do(s) animal(s) identificado(s) como\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, espécie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ raça \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sexo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pelagem/cor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (meses/anos), de microchip e/ou registro n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob minha tutela/propriedade, para fins de ensino, pesquisa e/ou extensão, no projeto intitulado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, coordenado pelo pesquisador/professor/Médico Veterinário do Centro Universitário UNIVÉRTIX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que assina abaixo.

Declaro que fui esclarecido quanto aos objetivos do projeto que são: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Também afirmo que fui informado quanto aos procedimentos a serem empregados e suas possíveis consequências sobre os animais. Tenho conhecimento de que os resultados obtidos serão utilizados e divulgados anonimamente em publicações científicas e/ou para fins acadêmicos; e de que tenho o direito e a liberdade de suspender essa autorização a qualquer momento que julgue necessário.

Autorizo expressamente e sem ônus ao pesquisador/professor/Médico Veterinário do Centro Universitário UNIVÉRTIX citado acima a utilização para fins científicos e/ou acadêmicos de imagem pessoal, dados digitais e também a cessão dos direitos sobre os mesmos, bem como dos direitos autorais dos trabalhos desenvolvidos, juntamente ou não com a minha imagem pessoal e do animal pelo qual me declaro responsável.

Caso necessite de maiores esclarecimentos, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável, conforme contato abaixo, ou com a Comissão de Ética no Uso de Animais do Centro Universitário UNIVÉRTIX, situada junto ao prédio do Hospital Veterinário UNIVÉRTIX (Rodovia Ozires Linhares Fraga, s/n – Zona Rural, Matipó; Telefone: 31 3873-1261).

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(local), \_\_\_\_\_\_\_\_ (dia) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mês) de \_\_\_\_\_\_\_\_ (ano).

**Nome e Assinatura do Pesquisador Responsável**

Telefone:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome e Assinatura do responsável pelos animais**

Telefone: