**Título do projeto/aula:**

**Nome do pesquisador principal:**

**Razão social:** União Brasiliense de Educação e Cultura**.**

**CIAEP:** 02.0113.2021

**Instituição do CEUA que aprovou:** Centro Universitário Católica do Leste de Minas Gerais.

**Objetivos do estudo:**

[descreva o objetivo da pesquisa detalhando como será realizada, e qual método será utilizado].

**Cronograma:**

**Exemplo de Cronograma**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATIVIDADE****2021** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fev** | **Mar** | **abr** | **mai** | **jun** | **jul** | **ago** | **set** | **out** | **nov** | **dez** |
| Seleção dos cães e famílias |  | **x** | **X** |  |  |  | x | x | x |  |  |
| Treinamento dos cães |  |  | **X** | **X** | **X** |  | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |
| Entrega dos cães para as famílias |  |  |  |  | x |  |  |  |  |  | **X** |

**Benefícios:**

Descrever como a pesquisa irá beneficiar os animais utilizados na pesquisa, os alunos, ONGs...

**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 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 (ou aula), você poderá entrar em contato com o Pesquisador Principal ou com a sua equipe pelos contatos:

Tel. de emergência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Equipe: Nome do responsável pela pesquisa

Endereço: Av.Tancredo Neves, nº.3500, bloco M, sala 105, Bairro  Universitário, Coronel Fabriciano - MG

Te l e f o n e: Responsável pela pesquisa

**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.

(Cidade/UF), dd/mm/aaaa

Assinatura do Responsável:

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Nome:

Documento de Identidade: (quando aplicável):

Identificação do(s) animal(is) (repetir tantas vezes quantos foram os animais)

Nome:

Número de identificação:

Espécie: Raça: