|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM PRONTUÁRIO E COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS**

Nome da Instituição que é guardiã legal dos prontuários, neste ato através do Sr(a). Nome da pessoa que irá assinar este formulário em nome da Instituição de Saúde ocupante do cargo/função de Cargo, AUTORIZO os pesquisadores abaixo identificados a terem acesso aos dados dos usuários do serviço desta Instituição (prontuários, processos, base de dados, etc...) Descrever qual fonte de dado será utilizada. Para desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Título da Pesquisa” que tem como objetivo apresentar o objetivo geral da pesquisa.

A presente autorização é concedida aos pesquisadores, mediante os seguintes compromissos, que expressamente são assumidos pelos mesmos:

1. Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP;
2. Obedecer às disposições éticas de manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos, bem como de manter a privacidade de seus conteúdos, cientes de que poderão responder civil e criminalmente em caso de violação dos mesmos;
3. Utilizar os dados coletados, exclusivamente para embasamento da pesquisa informada no presente termo;
4. Realizar a pesquisa documental mediante coleta de dados do documento original ciente da impossibilidade de reprodução do prontuário, no todo ou em parte, por qualquer tipo de equipamento.

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

Representante da Instituição de Saúde

\*Assinatura e Carimbo

Nós, pesquisadores abaixo identificados, assumimos em caráter irrevogável os compromissos ora estabelecidos e comprometemo-nos a observar todos os requisitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/12 e 510/16.

 Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Pesquisador Responsável** |
| Assinatura | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome  |  |
| CPF  |  | RG.: | Matrícula Acadêmica: |
| **Assistente de Pesquisa** |
| Assinatura | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome  |  |
| CPF  |  | RG.: | Matrícula Acadêmica: |

(Inserir mais campos conforme número de pesquisadores).

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

**1.** Todos os pesquisadores que vierem a participar do estudo deverão ter o seu nome informado. Poderá ser vedado o acesso aos documentos, de pessoas cujo nome não conste neste documento;

**2.** A instituição de saúde guardiã do prontuário terá total autonomia para determinar os horários e locais para a realização da pesquisa;

**3.** A instituição de saúde guardiã do prontuário poderá restringir a continuidade da coleta de dados e inclusive proibir o acesso de qualquer dos pesquisadores, se verificada a realização de cópia (no todo ou em parte) de qualquer informação constante dos prontuários médicos.