

MODELO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE PARA USO DE DADOS (prontuários, exames, etc.)

Eu, (nome completo do responsável legal dos documentos/dados/prontuários) _____,
ocupante do cargo de _____ na instituição
(nome da instituição, cidade, estado) _____,
após ter tomado conhecimento do projeto de pesquisa intitulado (título da pesquisa)
_____, que tem como objetivo (apresentar o
objetivo geral da pesquisa) _____,
e, para tanto, necessita coletar as seguintes informações dos prontuários dos pacientes
selecionados para esse estudo: (apresentar os dados a serem coletados para o estudo)
_____, **autorizo** os pesquisadores
(nome do pesquisador e dos demais pesquisadores envolvidos com o projeto)
_____ a terem acesso às informações
dos pacientes desta instituição para a referida pesquisa.

Esta autorização está sendo concedida desde que as seguintes premissas sejam respeitadas: as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto; os pesquisadores se comprometem a preservar as informações constantes nos prontuários, garantindo o sigilo e a privacidade dos pacientes.

Local e data: _____

Assinatura

[nome completo, cargo do responsável pela Instituição e carimbo]

Este documento deve ser preenchido somente quando houver Instituição Coparticipante na pesquisa. Esta declaração de concordância deve ser apresentada no momento da submissão do projeto ao CEP para análise.

Obs.: é preferível que o documento seja emitido em folha timbrada da Instituição fiel depositária das informações.