

(PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM)

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO DE
DOCUMENTOS DOS PACIENTES**

Ilma Sra. Dra. Amália Cinthia Meneses do Rêgo
Gerente Geral de Ensino, Pesquisa e Inovação

O Departamento **(nome do departamento da Instituição de Ensino Superior - IES /RN ou Estados Federados)** realizará uma pesquisa sob a orientação do Prof(a). **(nome do orientador)** intitulada **(título da pesquisa)**. Para isso, serão realizadas **(detalhar todos os procedimentos/metodologia)** com a finalidade de **(objetivos primários e secundários)**. Assim sendo, solicitamos de V.S^ª. a valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso e utilização de **(descrever o que será utilizado. Exemplo: fichas, prontuários ou outro documento de cadastro dos pacientes da Liga)** pelo **(aluno/orientando/pesquisador responsável)**.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste estudo, minimizando o risco de exposição dos pacientes.

Serão tomadas as devidas precauções para que não haja danos aos documentos: ou seja, o(s) pesquisador (es) se compromete(m) a manusear os documentos em ambiente reservado e destinado para isso e não retirá-los do local de origem, não fotografar ou fazer cópia de qualquer natureza **(citar outros riscos e as formas de minimizá-los)**. Mesmo com os cuidados tomados pelo (s) **(pesquisador ou grupo de pesquisadores)** com os documentos dos pacientes, caso ocorrem danos (extravios de qualquer natureza) provenientes da pesquisa, o pesquisador principal será responsabilizado e deverá indenizar os participantes.

A pesquisa não trará benefício direto aos pacientes, no entanto, o estudo irá contribuir **(listar os benefícios indiretos, caso haja benefícios diretos mudar a redação nesse sentido)**.

Os dados serão guardados em local seguro na **(IES participante)**, sob a responsabilidade do (a) Coordenador (a) da pesquisa e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

A pesquisa não acarretará despesas nem para esta Instituição - Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, nem para os participantes da pesquisa. No entanto, se surgir alguma despesa não prevista, referente à participação da LIGA ou dos participantes da pesquisa, nos comprometemos a ressarcir tais despesas, mediante solicitação.

*A participação do Centro é voluntária, o que significa que V.S^a. poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso traga nenhum prejuízo ou penalidade para a Instituição LIGA ou pacientes donos dos documentos. V.S^a. ficará com uma cópia deste Termo, elaborado em duas laudas, e toda dúvida que tiveres a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente ao Prof(a). **(nome do orientador)** no Departamento de **(nome do departamento)**, telefone fixo/celular (84) **(número de telefone)** ou e-mail **(endereço de e-mail)**.*

Natal, **XX** de **XXX** de **XXXX**.

**(NOME COMPLETO, ASSINATURA E CARIMBO DO COORDENADOR/
ORIENTADOR)**

Prof (a). Dr (a)
Coordenador (a)/ Orientador (a) do Projeto

()Concordamos com a solicitação ()Não concordamos com a solicitação

Prof. Dra. Amália Cinthia Meneses do Rêgo
Gerente Geral de Ensino, Pesquisa e Inovação
Liga Norte Riograndense Contra o Câncer