**AUTORIZAÇÃO PARA MANUSEIO DE PRONTUÁRIOS**

Cientes das disposições da Resolução CNS 466/12, autorizo o manuseio de prontuários de pacientes do (a) INTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A COLETA DE DADOS para o projeto de pesquisa “..................................................................................................................................................................................” de responsabilidade do (a) pesquisador (a)…............................................................................................................... após aprovação ética.

Ressaltamos que não poderá ser retirado nenhum documento do âmbito da instituição. Os prontuários deverão ser manuseados na própria INTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A COLETA DE DADOS que reservará sala adequada para este procedimento. Os dados coletados deverão ser utilizados apenas para essa pesquisa, mantendo em sigilo absoluto os nomes dos pacientes pesquisados.

Trindade/GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

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

Nome do Responsável pelos prontuários

(Cargo)

INCLUIR LOGOMARCA OU IMPRIMIR EM PAPEL TIMBRADO QUANDO APLICADO A INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A COLETA DE DADOS.

Caro pesquisador, favor excluir os itens em vermelho e adequar conforme as informações do estudo proposto e os dados da Instituição coparticipante.

NDO APLICADO A INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A COLETA DE DADOS.

Caro pesquisador, favor excluir os itens em vermelho e adequar conforme as informações do estudo proposto e os dados da Instituição coparticipante.