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

Orientações para elaboração do Termo de Autorização Institucional para uso de Documentos-

Esse documento requer as assinaturas do pesquisador responsável e do representante da instituição que concederá o termo. De acordo com o anexo II - Lista de Checagem para Protocolo de Pesquisa, da Norma Operacional nº. 001, de 30 de setembro de 2013, complementar à Resolução CNS (Conselho Nacional de Saúde) nº 466/2012 "Todos os documentos anexados pelo pesquisador DEVEM POSSIBILITAR o uso dos recursos 'Copiar' e 'Colar' em qualquer palavra ou trecho do texto". Desse modo, se o arquivo for completamente digitalizado, NÃO permitindo o uso dos recursos mencionados, será necessário anexar também uma versão editável, sem assinaturas, com a habilitação das ferramentas citadas.

- Por outro lado, se o documento estiver assinado e, ao mesmo tempo, permitir a utilização dos recursos copiar e colar em qualquer palavra ou trecho do texto, NÃO será preciso enviar uma outra versão editável.

- NÃO serão aceitas assinaturas “recortadas” de um arquivo e inseridas em outro. Porém, permite-se o uso de assinaturas digitais. Nesses casos, estando o documento assinado eletronicamente e com a habilitação dos recursos copiar e colar em qualquer palavra ou trecho do texto, NÃO será preciso enviar uma outra versão editável.

- Essa parte das orientações deverá ser removida no documento que será anexado à submissão.

**MODELO - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO DE DOCUMENTOS**

**Esclarecimentos**

Esta é uma solicitação de autorização para uso de documentos institucionais na pesquisa intitulada (título do projeto de pesquisa) a ser realizada no (local de realização da pesquisa), pelo(s) pesquisador(es) (citar o nome completo do(s) pesquisador(es)), que tem objetivos principais de (citar os objetivos gerais da pesquisa), e utilizará a seguinte metodologia (citar metodologia que irá utilizar – resumo conciso).

Assim sendo, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso e utilização de (especificar o tipo dos documentos que serão manuseados: fichas, prontuários, arquivos físico e/ou digital, ou outro documento institucional), pelo pesquisador responsável e sua equipe (citar o nome do pesquisador responsável e das pessoas que manipularão os documentos).

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo de acordo com as Resoluções nº 466/2012 ou 510/2016 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (ANALISAR QUAL RESOLUÇÃO SERÁ APLICADA E MANTER APENAS UMA DELAS), que tratam da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, e utilizados tão somente para realização deste estudo.

 Serão tomadas também as seguintes precauções para que não haja danos aos documentos: citar as formas de minimizar os riscos.

Os dados coletados serão guardados em local seguro (citar onde será guardado), sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes.

A instituição ficará com uma via deste documento, elaborado em duas vias, e toda dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente ao Pesquisador responsável (nome do pesquisador(a) responsável), pelo telefone fixo/celular (83) (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) ou pelo e-mail (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

|  |
| --- |
| Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: |
| **Pesquisador(a) Responsável:** | **Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências****Médicas da Universidade Federal da Paraíba** |
| Endereço:CEPTelefone:*E-mail*: | CEP/CCM/UFPB Campus I - Cidade Universitária 3º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB Telefone: (83) 3216-7791 *E-mail:* **comitedeetica@ccs.ufpb.br** |

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

Assinatura do pesquisador

**Consentimento para uso de documentos institucionais**

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia desta pesquisa, concordo em autorizar o manuseio e a utilização dos documentos institucionais supracitados.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas nas Resoluções nº 466/2012 ou 510/2016 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e suas complementares (ANALISAR QUAL RESOLUÇÃO SERÁ APLICADA E MANTER APENAS UMA DELAS), O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Local, (data).

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

Assinatura do responsável pela instituição

Nome completo do responsável pela Instituição

Carimbo responsável da Instituição\*

Número do CNPJ da Instituição

\* Na inexistência do carimbo, inserir o CPF do responsável