**Termo de Autorização da URI – Campus de Erechim**

**AMBULATÓRIO MEDICINA**

Nós, Professores Dr. Sérgio Bigolin e Dr. Leandro A. Gritti, respectivamente, Diretor Técnico e Diretor Clínico do Ambulatório Medicina, abaixo assinados, autorizamos a realização do estudo **(informar o título do projeto)**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fomos informado(s) pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual representamos. O objetivo principal da pesquisa é **(Inserir o objetivo principal)** .

Serão as seguintes atividades: **(Descrever a metodologia da pesquisa (NÃO É CÓPIA DA METODOLOGIA DO PROJETO), todos os passos a serem seguidos no desenvolvimento do projeto, principalmente no âmbito da instituição, incluindo a necessidade de acesso a prontuários. No caso de haver a necessidade de acesso aos prontuários, deve estar escrita a frase:** Cientes da necessidade de acesso aos prontuários médicos, eles serão liberados somente mediante apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do participante em que fica clara a intenção do mesmo em liberar o acesso aos dados, com exceção de dados de identificação e, ainda, mediante apresentação do Termo de Compromisso para Utilização de Dados) OU, mediante apresentação de termo de Dispensa de Apresentação de TCLE, autorizado pelo CEP.

{Este parágrafo deve ser mantido, se necessário} Autorizamos a utilização dos seguintes materiais, equipamentos e dependência(s): **Descrever materiais/ equipamentos, conforme a necessidade, o(s) local(is) (dependências,) onde será feita a intervenção, ou seja, descrever em pormenores onde o equipamento será utilizado, se na instituição ou em outro local )**.

Declaramos ainda que, os pesquisadores devem estar cientes e sujeitos ao regramento da instituição para acesso a ambientes, profissionais, pacientes e bancos de dados (considerando o que apregoa a Lei Geral de Proteção de Dados no tocante a dados pessoais e dados pessoais sensíveis), além da observância das regras de biossegurança, até o término da pesquisa, sob pena da retirada da autorização, sem aviso prévio.

Declaramos ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Escrever a resolução que se aplica: Resolução CNS 466/12 (SE HOUVER INTERVENÇÃO NA PESSOA – TRATAMENTOS, MEDIÇÃO DE QUALQUER PARÂMETRO DE SAÚDE, CIRURGIAS, ETC) OU CNS 510/16 (NÃO IMPORTA A ÁREA, SE O PROJETO UTILIZAR INSTRUMENTOS DE PESQUISA QUE NÃO TOCAM A PESSOA, COMO ENTREVISTA, QUESTIONÁRIO, FORMULÁRIO, DOCUMENTAL (COMO PRONTUÁRIOS)). Se a pesquisa contemplar tanto a CNS 466/12 quanto a CNS 510/16, utilizar a CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, ........ de .......................de 20.......

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

Dr. Sérgio Bigolin – CRM 17252

Diretor Técnico do Ambulatório Medicina

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

Dr. Leandro A. Gritti – CRM 21113

Diretor Clínico do Ambulatório Medicina

**Lista Nominal de Pesquisadores:**

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

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

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

**Observação:** todos os pesquisadores que vierem a participar do estudo deverão ter o seu nome informado. Poderá ser vedado o acesso à Instituição às pessoas cujo nome não constar neste documento.