**OBS: se o projeto for de outra instituição, inserir o logotipo da instituição de origem no cabeçalho**. ***Esta observação deve ser removida antes de salvar o documento.***

##### DISPENSA DO TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

Eu **(NOME)**, pesquisador(a) responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **(TITULO DA PESQUISA)**, solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre, com a seguinte justificativa(A justificativa pode ser alterada de acordo com a pesquisa): Ex.: Trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(prontuários ou laudos de exames - especificar)**.

**Declaro:**

1. Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa cientifica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética Em Pesquisa Humana;
2. Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
3. Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante bem como a sua não estigmatização;
4. Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
5. Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
6. Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
7. Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os participantes, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

**Nome do Pesquisador Responsável:**

**Campus Universitário da UFJF**

**Faculdade/Departamento/Instituto:**

**CEP: 36036-900**

**Fone:**

**E-mail:**

Juiz de Fora \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.

**Assinatura**

Nome do pesquisador responsável