**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO RHC PARA PESQUISA**.

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador**:

**Assistente de pesquisa (se houver):**

**Orientador (se houver):**

**Aplicação da pesquisa é referente**: TCC( ) Mestrado( ) Doutorado( ) TCR( ) Outros( )

**Se outros, especificar:**

**Informar período que deseja a coleta de informações**: (Ex: Ano 2000 até 2002)

**CID**.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaramos para os devidos fins, que cederemos ao pesquisador acima, o acesso aos dados de número do registro de prontuários de todos os pacientes para serem utilizados na pesquisa, referente ao período informado. Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da **Resolução nº.:**.......(informar Resolução) e suas complementares, comprometendo-se o mesmo a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Para obter os dados do RHC afim de iniciar a coleta o pesquisador deverá apresentar o **Parecer Consubstanciado** devidamente **Aprovado** pelo CEP/HCP credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

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

(assinatura e carimbo do Coordenador do RHC)

**.**