**Uma imagem contendo comida, mesa, azul

Descrição gerada automaticamente Logotipo

Descrição gerada automaticamente**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**e/ou TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Modelo**

Eu, (nome do pesquisador responsável), responsável pela pesquisa intitulada (título da pesquisa), por este termo solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do CCM, a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE (QUANDO O ESTUDO ENVOLVER PARTICIPANTES A PARTIR DE 07 ANOS DE IDADE), conforme justificativa exposta abaixo.

**Justificativa:** Apresentar de forma clara e objetiva a justificativa para dispensa de TCLE/TALE, com as causas da impossibilidade de obter a anuência do participante.

**Em casos de estudos retrospectivos**, com obtenção de dados secundários (a exemplo de prontuários de pacientes) e diante da impossibilidade justificável de obtenção da anuência do participante, o pesquisador responsável deverá declarar: a) 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 do CCM; b) Assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante (se for o caso); c) Assegurar a confidencialidade e não utilização das informações obtidas para o estudo proposto em prejuízo dos participantes diretos e indiretos; d) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo.

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

João Pessoa, (data).

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

Assinatura Nome Completo e/ou Carimbo do(a) Coordenador(a) / Orientador(a)