



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM PRONTUÁRIO
E COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – DIVE/SC**

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina, neste ato, por meio do Sr. Eduardo Marques Macário, ocupante do cargo/função de Diretor, AUTORIZA os/as pesquisadores/as abaixo identificados/as a terem acesso aos dados dos usuários do serviço desta instituição por meio da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado _____, que tem por objetivos geral _____ e específicos _____.

Esta autorização é concedida aos/às pesquisadores/as mediante os seguintes compromissos que são, expressamente, assumidos por estes/as:

- 1- iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP;
- 2- obedecer às disposições éticas de manter a confidencialidade sobre os dados coletados e a privacidade de seus conteúdos, estando cientes de que poderão responder civil e criminalmente em caso de violação;
- 3- utilizar os dados coletados exclusivamente para o embasamento da pesquisa informada no presente termo;
- 4- realizar a pesquisa documental mediante coleta de dados do documento original ciente da impossibilidade de reprodução do prontuário, no todo ou em parte, por qualquer tipo de equipamento.

Esta autorização será concedida desde que as premissas estabelecidas pela Lei de Acesso à Informação (LAI) – Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011 sejam respeitadas: preenchimento do termo de responsabilidade diante da cessão das bases de dados nominais de sistemas de informação gerenciados pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica, com a entrega da cópia dos documentos solicitados.

Eduardo Marques Macário
Diretor da Dive/SC
(Assinatura e carimbo)



Nós, pesquisadores/as abaixo identificados/as, assumimos, em caráter irrevogável, os compromissos ora estabelecidos e comprometemo-nos a observar todos os requisitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/12.

Local e data: _____

Pesquisador/a Responsável		
Assinatura: _____		
Nome:		
CPF:	RG.:	Matrícula Acadêmica:
Pesquisador/a Participante		
Assinatura: _____		
Nome:		
CPF:	RG.:	Matrícula Acadêmica:

(Inserir mais campos conforme o número de pesquisadores/as).

Observações importantes

1. Todos/as os/as pesquisadores/as que vierem a participar do estudo deverão ter seu nome informado. Poderá ser vedado o acesso aos documentos de pessoas cujo nome não conste neste Termo;
2. A instituição de saúde guardiã do prontuário terá total autonomia para determinar os horários e locais para a realização da pesquisa;
3. A instituição de saúde guardiã do prontuário poderá restringir a continuidade da coleta de dados e inclusive proibir o acesso de qualquer dos/as pesquisadores/as se verificada a realização de cópia (no todo ou em parte) de qualquer informação constante dos prontuários médicos.