#

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ juntamente com meu orientador/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** responsáveis pelo projeto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Especificar o nível da pesquisa – TCC, iniciação científica, mestrado, doutorado), que pertence ao curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do curso) da \_\_\_\_\_\_ (Nome da Faculdade/Universidade), vimos pelo presente, solicitar autorização da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome da Instituição onde será realizada a coleta de dados) para realização da coleta de dados através de prontuário clínico de pacientes submetidos a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no período de \_\_\_\_ a \_\_\_\_ para o trabalho de pesquisa sob o título \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com o objetivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Explicar resumidamente, o objetivo da pesquisa).

Queremos informar que o caráter ético desta pesquisa assegura o sigilo das informações coletadas e garante, também, a preservação da identidade e da privacidade da instituição, bem como dos dados coletados.

Contando com a autorização desta instituição, nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento**.**

Orleans, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do Professor Orientador responsável pela Pesquisa

e-mail:

telefone:

CPF

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

Assinatura do Acadêmico

e-mail:

telefone:

CPF

**Resultado da Solicitação:**

**( ) Deferido ( ) Indeferido**

**Parecer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome do responsável pela assinatura da presente solicitação \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Local e Data:**