

INSERIR LOGOTIPO DE SUA INSTITUIÇÃO, SE FOR O CASO

INSERIR DATA COM MÊS E ANO

PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **NOME DO PESQUISADOR**, pesquisador(a) responsável pela pesquisa intitulada “**NOME DA PESQUISA**”, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares** do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Solicito a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo fato de, **ESCREVER O MOTIVO**.

Assumo mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas no(s) **INSERIR A FORMA PELA QUAL OS DADOS SERÃO OBTIDOS**, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos dados de forma a proteger os participantes da pesquisa.

INSERIR NOME COMPLETO

INSERIR NÚMERO REGISTRO PROFISSIONAL / IDENTIDADE / CPF