**CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL PARA USO DE DADOS**

**DADOS DO PROTOCOLO DE PESQUISA**

**Título do projeto:**

**Pesquisador Responsável:**

**Pesquisadores (equipe):**

Eu, (ADICIONAR NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO), responsável pelo(a) (NOME DA INSTITUIÇÃO/EMPRESA NA QUAL OS DADOS SERÃO COLETADOS) declaro que tomei conhecimento e fui devidamente esclarecido sobre todas as etapas do Protocolo de Pesquisa intitulado “ADICIONE O TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA”, que utilizará dados, desenvolvida por (ADICIONAR NOME COMPLETO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL). Estamos cientes que serão utilizados (DESCREVER O MATERIAL QUE SERÁ UTILIZADO – DADOS DE PRONTUÁRIO, FICHAS DE NOTIFICAÇÃO, ETC.).

Declaro conhecer e cumprir as diretrizes éticas nacionais, principalmente as estabelecidas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016, bem como todas as resoluções pertinentes;

O Protocolo de Pesquisa será submetido Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – CEP-UNIFAMAZ e a coleta dos dados somente iniciará após a apresentação de documento com a aprovação do mesmo. Ao final do estudo deverá ser encaminhada uma cópia dos resultados para esta Instituição que poderá compartilhar os conhecimentos que eventualmente serão produzidos.

Ao usar os dados disponibilizados, o Pesquisador Responsável deve atender as diretrizes éticas vigentes durante a execução da pesquisa, adotando medidas que garantam a proteção do sigilo das informações obtidas e da identidade dos participantes, tomando as devidas precauções e medidas para reduzir os potenciais riscos associados à realização da pesquisa, especialmente no trato com as informações sigilosas. Deverá usar os dados coletados somente para atender as finalidades e objetivos descritos no projeto de pesquisa acima. O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Declaro que concordo e autorizo a coleta de dados previstas para serem executadas no âmbito de nossa instituição.

Belém, \_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2024.

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

Nome Completo do Responsável (Assinatura com carimbo)

CPF

Título/Cargo do Responsável

Nome completo da Instituição

**CONSIDERAÇÕES**

**(APENAS PARA CIÊNCIA. DELETAR A INFORMAÇÃO ABAIXO AO IMPRIMIR O DOCUMENTO)**

**OS ITENS COM REALCE AMARELO DEVEM SER PREENCHIDOS DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE PESQUISA, DEVENDO SER MANTIDOS SEM REALCE E NA COR PRETA NA ENTREGA DO DOCUMENTO.**

Atendendo ao disposto De acordo com o anexo II - Lista de Checagem para Protocolo de Pesquisa, da Norma Operacional nº. 001, de 30 de setembro de 2013, informamos que:

* "Todos os documentos anexados pelo pesquisador **DEVEM POSSIBILITAR** o uso dos recursos **“COPIAR” e “COLAR”** em qualquer palavra ou trecho do texto.
* **Obs.** Caso o documento esteja em formato PDF com assinatura, **IMPOSSIBILITANDO** a seleção de texto para **“COPIAR” e “COLAR”**, ou em qualquer outro formato que não permita essa funcionalidade, torna-se necessário apresentar o mesmo documento em formato "DOC" (Word) ou similar (docx, odp), com exceção da Folha de Rosto;se o documento assinado permitir o uso dos recursos **“COPIAR” e “COLAR”** em qualquer palavra ou trecho do texto, **NÃO** será preciso enviar uma outra versão editável.
* **NÃO** serão aceitas **ASSINATURAS RECORTADAS** de um arquivo e inseridas em outro, permitindo-se o uso de assinaturas digitais com a mesma validade de um documento com assinatura física, de acordo com o Decreto Nº 10.543, de 13/11/2020. Nesses casos, o documento assinado eletronicamente deverá permitir a autenticação por meio de link, código QR, ou pela ferramenta de validação de assinatura digital do governo brasileiro (<https://validar.iti.gov.br/>), no caso de assinaturas feitas pelo portal único de serviços digitais do Governo Federal Brasileiro (gov.br).