**MODELO**

**TERMO DE JUSTIFICATIVA DA AUSÊNCIA DE APRESENTAÇÃO DO TCLE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do projeto de Pesquisa intitulado “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”.

Declaro que o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em base de dados para fins de pesquisa científica, será feito somente após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética.

Informo também, que o sigilo das informações levantadas está assegurado pelo Termo de Compromisso e Confidencialidade, o qual garante que estas informações não serão divulgadas fora deste projeto.

A dispensa do TCLE se pauta na(s) seguinte(s) justificativa(s):

1. Trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prontuários ou laudos de exames - especificar), o que não interferiu no cuidado recebido pelo paciente no referido serviço.
2. Em muitos dos casos, os pacientes já vieram a óbito.
3. Difícil localização de familiares, pois os mesmos já não frequentam regularmente o hospital e/ou os consultórios dos médicos responsáveis.
4. Os pacientes foram atendidos há muito tempo e o endereço e telefone já não são os mesmos para contato com o participante ou seu representante legal.

Local, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e carimbo do Pesquisador Responsável.