São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_

**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Solicito autorização para dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por se tratar de uma pesquisa com prontuários médicos e/ou banco de dados.

**(Exclusiva para projetos de pesquisa com prontuários médicos e/ou banco de dados)**

**\_\_\_\_\_\_(assinatura)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Nome do Pesquisador Responsável)

CRM n° (se houver)