



Autorização de Acesso e Uso a Arquivos, Registros e Similares

Ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP/UNICAMP

Declaro que após aprovação do projeto" _____ "
(citar o título do projeto de pesquisa) pelo CEP da FOP/UNICAMP o(a) docente
_____ *(citar o nome do(a) Professor(a)/Pesquisador(a)*
Responsável pelo projeto) ficará autorizado a acessar os prontuários dos pacientes do SICOD,
mediante consentimento prévio dos mesmos e/ou seus responsáveis, exclusivamente para fins de
realização da referida pesquisa, de acordo com os termos do respectivo Termo de Consentimento
Livre e Esclarecido.

De acordo e ciente.

Piracicaba, __ de _____ de 202__

Responsável/guardião pelo arquivo e/ou registro
(assinatura e nome completo)

(ATENÇÃO: APAGAR ESSAS ANOTAÇÕES EM ITÁLICO E COR AZUL APÓS O PREENCHIMENTO)