**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 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