



FUNDAÇÃO BENEDITO PEREIRA NUNES  
CNPJ 28.964.252/0001-50

FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS  
Av. Dr. Alberto Torres, 217 - Centro  
Campos dos Goytacazes - RJ - CEP 28035-580  
Telefone/Fax: (22) 2101-2929  
Email: fmc@fmc.br  
Site: www.fmc.br

*(Reconhecida pelo Decreto Federal nº. 71.814 de 07/02/73)  
(Recredenciamento pela Portaria nº 707 de 29/05/2012)*



## TERMO DE CONSENTIMENTO / AUTORIZAÇÃO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Ilmo. Senhor Diretor Clínico do Hospital \_\_\_\_\_

Nome do Diretor: \_\_\_\_\_

Venho por meio de este solicitar autorização para levantamento de dados de prontuários médicos relacionados abaixo com o objetivo de realizar o Projeto de Pesquisa:

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

Orientador (a): \_\_\_\_\_

Aluno (a): \_\_\_\_\_

CONSENTIMENTO: Na função de Diretor Clínico e após análise da solicitação feita pelo pesquisador, autorizo acesso aos dados de prontuários na condição de não retirar nenhum documento inserido nos mesmo nem tão pouco retirar os prontuários para ambiente fora do Serviço de Arquivo Médico.

Campos dos Goytacazes, de de 20.....

\_\_\_\_\_