

**UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS PARA FINS ACADÊMICOS**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME:	MATRÍCULA:
PROFISSÃO:	
CURSO:	
ATIVIDADE DESENVOLVIDA NO HOSPITAL:	
E- MAIL:	Telefone: () - _____

O profissional acima descrito solicita liberação do(s) prontuário(s) do(s) paciente(s)

para desenvolvimento de atividade acadêmica abaixo descrita:

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, profissional responsável pela atividade acima descrita e pelo(s) discente(s) abaixo assinado(s) (se for o caso), comprometo-me em caráter irrevogável, utilizar os dados do prontuário citado, **EXCLUSIVAMENTE PARA FINS ACADÊMICOS**, não podendo ser utilizados para **nenhum outro fim** (como por exemplo: eventos científicos e publicações), como também concordo quanto à garantia da plena confidencialidade de todos os dados nele contidos e preservar integralmente o anonimato do paciente.

DATA:
ASSINATURA DO PROFISSIONAL:
ASSINATURA DO(S) DISCENTE(S)

Assinatura e Carimbo da Gerência de Ensino e Pesquisa
GEP/HULW/EBSERH