

**PEDIDO DE REUTILIZAÇÃO DE REGISTOS CLÍNICOS PARA INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (RAI DO CHBV)  
(REQUERIMENTO DE COMPROMISSO)**

**1. Identificação do(s) Investigador(es) (Preenchimento Obrigatório)**

**1.1. Identificação do(s) Investigador(es)**

Nome \_\_\_\_\_

Contacto telefónico \_\_\_\_\_

Endereço eletrónico \_\_\_\_\_

**1.2. Investigador(es). Associado(s)**

Número Total: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Contacto telefónico \_\_\_\_\_

Endereço eletrónico \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Contacto telefónico \_\_\_\_\_

Endereço eletrónico \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Contacto telefónico \_\_\_\_\_

Endereço eletrónico \_\_\_\_\_

**1.3. Afiliação Institucional do Investigador Principal**

**1.3.1. Grupo Profissional**

Médico(a)  Enfermeiro(a)  Docente  Estudante

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**PEDIDO DE REUTILIZAÇÃO DE REGISTOS CLÍNICOS PARA INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (RAI DO CHBV)  
(REQUERIMENTO DE COMPROMISSO)**

**1.3.2. Documento de identificação pessoal ou profissional**

Cartão de Cidadão  Bilhete de Identidade  Cédula Profissional

Cartão de Docente  Cartão de Estudante  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Número de Documento \_\_\_\_\_

**2. Enquadramento e Identificação do Trabalho de Investigação e Desenvolvimento (Preenchimento Obrigatório)**

**2.1. Enquadramento da investigação**

Projeto ou trabalho académico de investigação e desenvolvimento:

Não conferidor de grau

Conferidor de grau: Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

**2.2. Entidade(s) que tutela(m) a investigação**

Centro Baixo Vouga

Serviço: \_\_\_\_\_

Universidade de Aveiro

Outra Instituição. Qual? \_\_\_\_\_

Há alguma parceria entre instituições?

Não  Sim.  Qual(is)? \_\_\_\_\_

**2.3. Orientador (Se Aplicável)**

Contacto telefónico \_\_\_\_\_

Endereço eletrónico \_\_\_\_\_

**2.4. Título provisório** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PEDIDO DE REUTILIZAÇÃO DE REGISTOS CLÍNICOS PARA INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (RAI DO CHBV)  
(REQUERIMENTO DE COMPROMISSO)**

**2.5. Acesso requerido**

Ficheiro

*Descrição do património informacional a que pretende ter acesso, identificando a informação a obter, nome, morada, diagnóstico, idade, códigos dos distritos, entre outros.*

---

Consulta de registos clínicos eletrónicos

Data previsível de fim de utilização das credenciais de acesso \_\_\_\_\_

Outro Acesso. Qual? \_\_\_\_\_

**2.6. Pareceres e Autorizações**

Autorização da Hierarquia

Protocolo Científico Aprovado

**3. Observações Preenchimento Facultativo**

---

---

---

**4. Aceitação dos Termos e Condições da Reutilização**

Cumulativamente com as obrigações decorrentes da lei já citada (*n.º 2 e 3 do art.º 21 e o n.º 1 e 2 do art.º 12, ambos da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto*) ao submeter o presente pedido comprometo-me vinculado, juridicamente, aos seguintes termos e condições:

- Manter confidencial toda a informação à qual vou ter acesso;
- Ocultar os elementos de identificação da(as) pessoa(s) aquém os registos digam respeito, em futuras e eventuais publicações de resultados;
- Não elaborar registos, suscetíveis de identificar ou tornar identificável a identidade das pessoas a quem os mesmos dizem respeito;

**PEDIDO DE REUTILIZAÇÃO DE REGISTOS CLÍNICOS PARA INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (RAI DO CHBV)  
(REQUERIMENTO DE COMPROMISSO)**

- Não elaborar, nem ficar na posse de cópias de bases de dados utilizadas na recolha de informação;
- A consultar os processos clínicos nos termos e locais que me forem indicados para o efeito;
- Tomei conhecimento, que a violação de qualquer dos compromissos aqui assumidos, resultará no apuramento de responsabilidades disciplinares, civis e penais e ainda, à impossibilidade futura de aceder a informação de saúde para fins de investigação.

**5. Assinatura**

**Investigador Principal** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_