



## ANEXO II

### DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu (Nós), \_\_\_\_\_  
pesquisador(es) responsáveis pelo projeto de pesquisa intitulado  
“ \_\_\_\_\_ ”, da instituição  
\_\_\_\_\_ solicito(amos) a dispensa  
do TCLE (e/ou TALE) da pesquisa mencionada em razão de (justificar os motivos para a solicitação de  
dispensa do termo).

Local , \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Atenciosamente,

Nome, CPF do Pesquisador(a) Responsável

Nome, CPF do Pesquisador(a) colaborador(a)

**ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE**

Unidades: SP (Ibirapuera, Mooca, Osasco, Lar Escola São Francisco, São José do Rio Preto e Mogi das Cruzes),  
MG (Uberlândia e Poços de Caldas), PB (Campina Grande), PE (Recife), RJ (Nova Iguaçu), RS (Porto Alegre) e SC (Joinville).

Av. Prof. Ascendino Reis, 724 - Ibirapuera - São Paulo - SP - 04027-000 - aacd.org.br - PABX: (11) 5576-0777