

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_, Diretor do Departamento/Assessoria/Hospital/Coordenadoria responsável pela área/serviço de \_\_\_\_\_, ciente do protocolo de pesquisa intitulada \_\_\_\_\_

desenvolvida por \_\_\_\_\_, bem como ciente de seus objetivos e metodologia, e de que o pesquisador (a) não interferirá no fluxo normal do serviço, AUTORIZO sua execução, assim como o acesso aos prontuários dos sujeitos definidos e registros institucionais para fins exclusivos da referida pesquisa, com confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos sujeitos. A coleta dos dados/informações requeridos deverá ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme diretrizes e normas da Resolução CNS 466/2012 e 510/16.

Local, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura