**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

**Esclarecimentos**

Esta é uma solicitação de autorização para coleta de dados primários ou secundários na instituição na pesquisa intitulada (título do projeto de pesquisa) a ser realizada no (local de realização da pesquisa), pelo(s) pesquisador(es) (citar o nome completo do(s) pesquisador(es)), que tem objetivos principais de (citar os objetivos gerais da pesquisa), e utilizará a seguinte metodologia (citar metodologia que irá utilizar – resumo conciso).

Assim sendo, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso e utilização de (especificar o tipo de coleta que serão manuseados: usuários, profissionais, fichas, prontuários, arquivos físico e/ou digital, ou outro documento institucional), pelo pesquisador responsável e sua equipe (citar o nome do pesquisador responsável e das pessoas que manipularão os documentos).

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo de acordo com as Resoluções nº 466/2012 ou 510/2016 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (ANALISAR QUAL RESOLUÇÃO SERÁ APLICADA E MANTER APENAS UMA DELAS), que tratam da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, e utilizados tão somente para realização deste estudo.

Serão tomadas também as seguintes precauções para que não haja danos aos documentos: citar as formas de minimizar os riscos.

Os dados coletados serão guardados em local seguro (citar onde será guardado), sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes.

A instituição ficará com uma via deste documento, elaborado em duas vias, e toda dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente ao Pesquisador responsável (nome do pesquisador(a) responsável), pelo telefone fixo/celular (84) (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) ou pelo e –mail (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(inserir nome do CEP)

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

Assinatura do pesquisador

**Consentimento para uso de documentos institucionais**

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia desta pesquisa, concordo em autorizar o manuseio e a utilização dos documentos institucionais supracitados.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas nas Resoluções nº 466/2012 ou 510/2016 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e suas complementares (ANALISAR QUAL RESOLUÇÃO SERÁ APLICADA E MANTER APENAS UMA DELAS).

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Local, (data).

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

Assinatura do responsável pela instituição

Nome completo do responsável pela Instituição

Carimbo responsável da Instituição\*

Número do CNPJ da Instituição

\* Na inexistência do carimbo, inserir o CPF do responsável