**Fundação Edson Queiroz**

**Universidade de Fortaleza**

**CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Ilmo(a) Sr.(a) Prof. (a) XXXXX (NOME COMPLETO DO DIRETOR/GESTOR)

Diretor(a)/Gestor(a)/Instituição/Serviço XXXXX (ONDE A PESQUISA SERÁ REALIZADA)

Solicito autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada (TÍTULO DA PESQUISA), a ser realizada no/a (INSTITUIÇÃO/SERVIÇO/SETOR) pelo(a) pesquisador(a) (ALUNO, PÓS-GRADUANDO OU O PRÓPRIO PESQUISADOR), sob a orientação do(a) professor(a) orientador(a) (QUANDO FOR O CASO, NOME COMPLETO DO ORIENTADOR RESPONSÁVEL), que tem como objetivo principal (OBJETIVO GERAL DA PESQUISA). A pesquisa utilizará a metodologia (RESUMO CONCISO DA PROPOSTA METODOLÓGICA), necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de (ESPECIFICAR O TIPO DE DADO E/OU INFORMAÇÃO/MATERIAL A SER UTILIZADO PARA A INSTRUMENTALIZAÇÃO DA PESQUISA, COMO ARQUIVOS, ACESSO ÀS ENFERMARIAS, ACESSO AO LABORATÓRIO, ACESSO AOS PACIENTES, ACESSO AOS PRONTUÁRIOS E OUTROS, DEPENDENDO DA METODOLOGIA DO ESTUDO) do(a) (INSTITUIÇÃO/SERVIÇO/SETOR). Ao mesmo tempo, solicitamos a autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final, bem como em publicações futuras, sob a forma de artigo científico. Asseguramos que os dados coletados nesta instituição serão utilizados tão somente para a realização deste estudo e mantidos em sigilo absoluto, conforme determina o item III.2 “i” da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e em consonância com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei n. 13.709/2018. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta (DIRETORIA/SESSÃO/SETOR/ETC), agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_

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

Pesquisador(a) principal / Orientador(a) do Projeto

( ) Concordo com a solicitação ( ) Não concordo com a solicitação

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

 Chefe/Gestor(a) do Serviço Cargo/Função