

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, Dr. **Nome do(a) responsável pelo setor de origem dos dados** abaixo assinado, responsável pelo Serviço de **Nome do serviço** do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, autorizo a realização do estudo “**TÍTULO DO PROJETO”,** a ser conduzido por **Nome do(s)/da(s) acadêmico(s)/acadêmica(s)** sob orientação do Dr. **Nome do(a) orientador(a).**

Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como participante em relação ao presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar de todos os envolvidos na pesquisa, dispondo da infraestrutura necessária.

Curitiba, de de 2022.

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr Nome do responsável pelo setor de origem dos dados

Chefe do Serviço de Nome do Serviço

Hospital Universitário Evangélico Mackenzie

Alameda Augusto Stellfeld, 1908 - Bigorrilho

Curitiba - PR, 80730-150

(041)3240-5000