**Termo de Autorização da Instituição de Saúde – Hospital de Caridade de Erechim**

Nós, abaixo assinados, responsáveis pelo Hospital de Caridade de Erechim e especificamente pelo(a)**(informar o setor, por exemplo UTI, administração, enfermagem, exames, etc**,autorizamos a realização do estudo **(informar o título do projeto)**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fomos informados pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Serão as seguintes atividades: **(Descrever a metodologia da pesquisa, todos os passos a serem seguidos no desenvolvimento do projeto, principalmente no âmbito da instituição, incluindo a necessidade de acesso a prontuários. No caso de haver a necessidade de acesso aos prontuários, deve estar escrita a frase:**Cientes da necessidade de acesso aos prontuários médicos, eles serão liberados somente mediante apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do participante em que fica clara a intenção do mesmo em liberar o acesso aos dados, com exceção de dados de identificação e, ainda, mediante apresentação do Termo de Compromisso para Utilização de Dados).

{Este parágrafo deve ser mantido, se necessário} Autorizamos a utilização dos seguintes materiais, equipamentos e dependência(s): **Descrever materiais/ equipamentos, conforme a necessidade, o(s) local(is) (dependências,) onde será feita a intervenção, ou seja, descrever em pormenores onde e com que será feita a pesquisa...)**.

Declaramos ainda que, os pesquisadores devem estar cientes e sujeitos ao regramento da instituição para acesso a ambientes, profissionais, pacientes e bancos de dados, além da observância das regras de biossegurança, até o término da pesquisa, sob pena da retirada da autorização, sem aviso prévio.

{Campo para o parecer detalhado do HC}

Declaro(amos) ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Escrever a resolução que se aplica: Resolução CNS 466/12 (SE HOUVER INTERVENÇÃO NA PESSOA – TRATAMENTOS, MEDIÇÃO DE QUALQUER PARÂMETRO DE SAÚDE, CIRURGIAS, ETC) OU CNS 510/16 (NÃO IMPORTA A ÁREA, SE O PROJETO UTILIZAR INSTRUMENTOS DE PESQUISA QUE NÃO TOCAM A PESSOA, COMO ENTREVISTA, QUESTIONÁRIO, FORMULÁRIO, DOCUMENTAL (COMO PRONTUÁRIOS)). Se a pesquisa contemplar tanto a CNS 466/12 quanto a CNS 510/16, utilizar a CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

.

Erechim, ........ de .......................de 20.......

{Campos de Assinatura para Pesquisa na UTI - retirar}

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

Assinatura do responsável pelo Setor onde vai ocorrer a Pesquisa

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

Assinatura do(a) responsável pelo(a) Gerência Assistencial

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

Assinatura do Diretor Técnico do Hospital

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

Assinatura e carimbo do administrador do Hospital

{Campos de Assinatura para Pesquisa em outros setores – exemplo: setor farmacêutico}

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

Assinatura do(a) responsável pelo Setor de {definir}

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

Assinatura do Diretor Técnico do Hospital

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

Assinatura do administrador do Hospital

**Lista Nominal de Pesquisadores:**

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

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

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

**Observação:** todos os pesquisadores que vierem a participar do estudo deverão ter o seu nome informado. Será vedado o acesso à Instituição às pessoas cujo nome não constar neste documento.