**TERMO DE ANUÊNCIA**

Eu, **NOME DO DIRETOR(A) DA INSTITUIÇÃO ONDE A PESQUISA SERÁ REALIZADA**, Diretora Geral da instituição **NOME DA INSTITUIÇÃO ONDE A PESQUISA SERÁ REALIZADA**, declaro que o(a) pesquisador(a), **NOME DA PESQUISADORA PRINCIPAL**, tendo como orientador(a) **NOME DO ORIENTADOR(A)**, está autorizado(a) a realizar nesta instituição, a pesquisa intitulada "**TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA**".

Autorizo que o(a) mesmo(a) realize a coleta de dados, desde que respeite os princípios éticos mantendo o absoluto sigilo das informações de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Salientando ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Ao mesmo tempo, autorizo que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Fortaleza, XX de XXX de XXX

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

Nome e Assinatura do(a) diretor(a) da instituição