Belo Horizonte, --- de ------ de 20---

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mater Dei

A/C Dr. Sandro Chaves

Coordenador CEP/Mater Dei

Autorização para realização de pesquisa

Eu, --------------------------------- responsável pelo ------------------------------------CPF: ---------------- venho por meio desta informar a V. Sa. que autorizo o pesquisador(a)---------------- a realizar a pesquisa intitulada “TÍTULO DA PESQUISA” e tem a minha anuência para realização da mesma.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas e Brasileiras, em especial a Resolução CNS196/96. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição proponente do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispomos de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

--------------------------------------------------------------------------------

Assinatura do Coordenador da Clínica ou Gerente da área