**Termo de Anuência do Responsável pela instituição**

**Projeto de Pesquisa**: “Título”

Declaro que a Instituição tem conhecimento e se compromete a cumprir os requisitos da resolução CNS 466/12 e suas complementares para o desenvolvimento do projeto de pesquisa, bem como têm condições para o desenvolvimento deste projeto. Dessa forma, como representante da mesma, autorizo a condução do projeto supracitado em suas dependências.

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

Responsável pela Instituição CPF:

Diretor Médico

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_