**TERMO DE ANUÊNCIA PARA COLETA DE DADOS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Inserir o timbre do Departamento relacionado**

Eu, **preencher o nome do responsável,** responsável pela unidade / Departamento **preencher o setor onde os dados serão coletados,** declaro estar ciente dos requisitos da Resolução CNS/MS 466/12 e 510/16 e suas complementares e declaro que tenho conhecimento dos procedimentos/instrumentos aos quais os participantes da presente pesquisa serão submetidos. Assim, estou de acordo com a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “**Preencher com o título da pesquisa**”, sob-responsabilidade do(a) pesquisador(a) **preencher com o nome do pesquisador principal e nome do orientador responsável** após a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Secretário Municipal de Saúde para todos os projetos e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, nos casos aplicáveis.

Campinas-SP, \_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_.

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

Assinatura e carimbo do responsável institucional