**Termo de Anuência do Gestor da Área**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome do Gestor), Gestor Médico do(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(área que será realizado o estudo) do(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_(unidade da Rede – HBR, MTN, HBRAC), autorizo a realização da Pesquisa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome da pesquisa) durante o período estabelecido conforme cronograma apresentado.

.

*A pesquisa supracitada será iniciada somente após a emissão do parecer consubstanciado de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.*

O desenvolvimento da pesquisa seguirá as determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

Brasília*, xx de xxxxxx de 20xx.*

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

Nome do Gestor da Área

Área - Unidade da Rede Ímpar

CRM do Gestor da Área