

## ANEXO 3 - Concordância do serviço onde a pesquisa será realizada

HΉ	Orig	nópo	Mic		ata)
т.т	oria	шорс	m,	( u	ala)

## DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de autorização de atividade investigativa, que concordo com a realização da Pesquisa intitulada: (título da pesquisa), no Serviço de (serviço/unidade onde vai ser realizada a pesquisa) do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Declaro ainda que li e estou ciente do Protocolo de Pesquisa acima nomeado que será desenvolvido pelo/a pesquisador/a (nome do/a pesquisador/a) nesse serviço e que não há impedimentos para sua realização, tanto no que se refere estrutura física e de funcionários a serem disponibilizados, quanto a possíveis interferências na rotina dos cuidados a serem dispensados aos pacientes.

Nome e Assinatura da Chefia do Serviço

Carimbo ou descrição do cargo ocupado.

e-mail: cephijg@saude.sc.gov.br