

## TERMO DE COMPROMISSO PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_,

CPF \_\_\_\_\_, solicito ao Hospital Santa Catarina a

**AUTORIZAÇÃO** para o uso do espaço físico da instituição, para a realização da pesquisa comprometendo-me a seguir as normas e rotinas do serviço, zelar pelo sigilo ético e não alterar a organização dos documentos. Haverá o compromisso de divulgação dos dados obtidos apenas em reuniões e publicações científicas com sigilo e resguardo ético da instituição.

### Dados da Pesquisa:

Título: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Professor (a) Orientador: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_.

Blumenau, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Pesquisador