TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO

PARA USO DE INFORMAÇÕES

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ocupante do cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_na instituição **Hospital Santa Cruz de Canoinhas,** após ter tomado conhecimento do projeto Integrador e interdisciplinar do curso Técnico em Enfermagem – Turma XXX **Aleitamento Materno, atuação do Técnico em Enfermagem**, que tem como objetivo a instrução de puérperas a pega correta durante a amamentação, a conscientização da importância do aleitamento materno até sexto mês de vida, necessita autorização para acesso ao setor da maternidade para atuar com essas atividades de incentivo ao aleitamento materno das puérperas internadas no setor: orientando e auxiliando as mães nas primeiras horas do bebe, ajuda na coleta de leite humano, contribuindo para o sucesso do aleitamento materno, **AUTORIZO** as alunas Geliane Ramthum e Talia Loch a terem ao espaço a Maternidade do Hospital Santa Cruz de Canoinhas/SC, desta instituição para a referida ação.

A pesquisa se justifica pelo interesse e contribuição acadêmica.

Se depois de consentir em sua participação a Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo e riscos a sua saúde e integridade pessoal, conforme a Resolução nº 466 de 12/12/2012.

A Sra não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da ação serão analisados e publicados no meio acadêmico. Para qualquer outra informação, a Sra poderá entrar em contato com os pesquisadores: Professora: Iolanda Ruthes Silveira , pelo telefone (47 99138 5966) ou poderá entrar em contato com a IES DAMA, Rua: Frederico Kohler, 89, Bairro Campo D’ Água Verde, Canoinhas/SC. telefone (47) 3622 – 3988. E-mail: pesquisa@faculdadedama.com.br.

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fui informado sobre a ação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, Dessa forma, autorizo uso de imagens do espaço fisico da Maternidade: sim ( ) não ( ).

 Este documento é emitido em (02) duas vias que serão ambas assinadas pelo professor repsonsavel pela ação, ficando uma via com cada um de nós.

Canoinhas, / /2022

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

Iolanda Ruthes Silveira

Prof.ª Responsavel

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

Assinatura e carimbo do responsável legal pela Instituição

Cargo e nome da instituição