



**AUTORIZAÇÃO PARA LEVANTAMENTOS E ACESSO AS INFORMAÇÕES DO  
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR**



SOLICITANTE:

CPF:

PROFISSÃO:

CLASSIFICAÇÃO PROFISSIONAL:

TELEFONE (CONTATO):

E-MAIL:

SERVIÇO DE ORIGEM:

INFORMAÇÕES REQUERIDAS PARA ESTUDO/PESQUISA:

FINALIDADE DO ESTUDO:

PERÍODO DA COLETA DE DADOS: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Diretor da Divisão/Departamento

\_\_\_\_\_  
Assinatura e nº de Registro do Profissional solicitante