**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA **

**Termo de Anuência/Coparticipação Institucional**

O(A) *citar o nome do Diretor ou Superior hierárquico*do *citar o nome doHospital Regional de Saúde ou Entidade Vinculada*e o (a) *citar o nome do responsável pela unidade (setor) onde a pesquisa será realizada*responsável pelo (a)*citar a unidade,setor,clinica, laboratório onde os dados serão coletados*estão de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa*título*, de responsabilidade do(a) pesquisador(a)*nome*, com a finalidade*citar*, empacientes e/ou servidores da SES/DF, com previsão de início somente após a APRESENTAÇÃO do PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO emitido pelo CEP/FEPECS aos responsáveis pela pesquisa nesta instituição. Esta instituição também está ciente de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos ***participantes de pesquisa*** nela recrutados, ***dispondo de infraestrutura necessária*** para a garantia de tal segurança e bem-estar.

 **O estudo envolve**:

( ) Realização de entrevista/questionário ( ) Administração de medicamentos;

( ) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos ( ) Realização de exames laboratoriais ou de imagem;

( ) Pesquisa em prontuários ( ) Outros: *citar*

O pesquisador responsável informa que o projeto de pesquisa será analisado pelo CEP/FEPECS e **está ciente que as etapas do estudo (coleta de dados), envolvendo a SES-DF ou Entidades Vinculadas, somente poderão ser iniciadas** após a aprovação do projeto.

 Brasília*,xx* de *xx*de xxxx

Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura por extenso e carimbo (legível)

Responsável da SES-DF ou Entidade Vinculada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo (legível)

Chefia responsável pela Unidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo (legível)