**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**Termo de Anuência Institucional**

O(a) *citar o nome do Diretor ou Superior hierárquico* do *Hospital 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)*unidade, clinica, laboratório*estão de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa *título*, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) *nome*, com a finalidade*citar*, em pacientes 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.

**O estudo envolve**:

( ) realização de entrevista/questionário ( ) administração de medicamentos;

( ) procedimentos clínicos ou cirúrgico ( ) realização de exames laboratoriais ou de imagem;

( ) pesquisa em prontuários ( ) outros: *citar*

O pesquisador responsável informa que o projeto de pesquisa está sendo 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 aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-SES/DF e executadas conforme foi aprovado no projeto.

Brasília*, xx* de *xx* de xxxx

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

Assinatura por extenso e/ou carimbo (legível)

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

Assinatura e carimbo (legível)

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

Assinatura e carimbo (legível)