**TERMO DE CONCORDÂNCIA DA PROPONENTE**

O (**Nome do** **Diretor ou Chefe**) do (**setor, escola, hospital, clínica)** está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa (**título da pesquisa**), de responsabilidade do(a) pesquisador(a) (**nome do(a) pesquisador(a)** **responsável)**, para **(finalidade**), após aprovação pelo **Comitê de Ética em Pesquisa do**

**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CEPAr) da Universidade Estadual do Pará (UEPA) - Campus VII – Conceição do Araguaia-PA**

O estudo envolve **(administração de medicamentos, realização de entrevistas, exames clínicos, exames laboratoriais e outros**) em (**pacientes, servidores, alunos, acadêmicos, etc**). Tem duração de **(dia/semana/mês/ano)**, com previsão de início para **(mês/ano).**

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição proponente do presente projeto de pesquisa e assegura que dispõe de infra-estrutura necessária para a garantia da execução do projeto.

Conceição do Araguaia - PA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Diretor responsável do **Hospital/ Faculdade**:

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

Nome/Assinatura/Carimbo

Chefia responsável pela **Unidade Clínica / acadêmica**:

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

Nome/Assinatura/Carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

Todo documento deve ser assinado manualmente e posteriormente digitalizado (delete o texto em vermelho antes de finalizar o documento)