**TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

O (A) **(Nome do Diretor(a) 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 PROCEPi

O estudo envolve **(administração de medicamentos, realização de entrevistas, exames clínicos, exames laboratoriais e outros)** em **(pacientes, servidores, colaboradores)**. Tem duração de **(semana, meses ou anos)**, com previsão de início para **(mês/ano).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Local e Data**

Diretor responsável do **(Hospital e/ou Faculdade)**:

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

Nome/Assinatura/Carimbo