**CONCORDÂNCIA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

Pesquisador(a) Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título da Pesquisa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição Coparticipante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro ter lido e concordar com o Projeto de Pesquisa acima descrito, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, e em especial as Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa, assim como do compromisso no sigilo dos dados referentes à pesquisa, bem como no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Compreende-se que para início da pesquisa é necessário aguardar o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

 Cidade, 00 de mês de 0000.

Nome, Função/Cargo e Carimbo do responsável Coparticipante

Atenção: na ausência do carimbo inserir o número de CPF do responsável (apagar após leitura)