**Termo de Anuência do Responsável pela instituição**

**Projeto de Pesquisa**: “Título”.

O Comitê de Pesquisa do Hospital Mãe de Deus/AESC dá ciência e aprova a execução do projeto supracitado nas dependências institucionais, o projeto está em conformidade com os requisitos propostos pela instituição.

Parecer do Comitê:

( ) Aprovado

Data:

Declaro que a instituição tem conhecimento e se compromete a cumprir os requisitos da resolução CNS 466/12 e suas complementares para o desenvolvimento do projeto de pesquisa, bem como tem condições para o desenvolvimento deste projeto. Dessa forma, como representante da mesma, autorizo a condução do projeto supracitado em suas dependências.

Responsável CPF

Cargo/Função: Diretor Médico

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_