**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 HOSPITAL DAHER LAGO SUL

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

***Local e data.***

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

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

Nome/Assinatura/Carimbo