



TERMO DE ANUÊNCIA DA COORDENAÇÃO CLÍNICA PARA PESQUISA

O(a) sr(a). **(NOME DO COORDENADOR DA CLÍNICA)**, abaixo assinado, na qualidade de Coordenador(a) da Clínica **(NOME DA CLÍNICA)**, está ciente e de acordo com a execução da pesquisa intitulada **(TÍTULO DA PESQUISA, igual registrado na Plataforma Brasil)**, pesquisador(a) responsável **(NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, igual registrado na Plataforma Brasil)**.

Esta autorização só é válida no caso de parecer favorável de um Comitê de Ética em Pesquisa credenciado à CONEP.

Esta autorização pode ser revogada em caso de óbice ético em qualquer fase da pesquisa em nossas dependências.

(LOCAL, DIA, MÊS E ANO)

(NOME DO COORDENADOR DA CLÍNICA)