

TERMO DE ANUÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado (**título do projeto entre aspas, com iniciais em maiúsculas**), sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) (**nome do pesquisador**) tendo como objetivo (**inserir o objetivo geral da pesquisa**).

Para a realização da pesquisa e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências (**citar a Unidade Campo da pesquisa na SESA**) e encaminhamos, em anexo, o Requerimento e o Projeto de Pesquisa.

Afirmamos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), zelando pelo sigilo do conteúdo acessado, preservando os participantes da pesquisa e utilizando os dados exclusivamente para os fins científicos.

O início da pesquisa fica condicionado à apresentação do Parecer Consubstanciado com Aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado ao Sistema CEP/CONEP e portar a Carta de Autorização emitida pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi).

Ao final da pesquisa nos comprometemos em imediatamente informar e encaminhar (mídia eletrônica) os *resultados parciais e/ou finais gerados pela pesquisa e contribuir para a incorporação dos mesmos nos serviços de saúde*.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente

Nome completo do pesquisador responsável

Instituição de vínculo do pesquisador responsável e proponente da pesquisa

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GRUPO TÉCNICO DE PESQUISA/ ICEPi

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

☐

FAVORÁVEL

☐

NÃO FAVORÁVEL

Considerações: _____

Nome completo do avaliador responsável no ICEPi

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

☐

AUTORIZADO

☐

NÃO AUTORIZADO

Considerações: _____

Nome completo do gestor da unidade campo da pesquisa

Unidade campo da pesquisa

**Documento a ser preenchido pelo ICEPi e
inserido para assinatura no E-Docs**