

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal da Paraíba

Hospital Universitário Lauro Wanderley

SAE FAMILIAR/HOSPITAIS-DIA ADULTO E INFANTIL

Campus l, S/N — Cidade Universitária João Pessoa — PB

# **CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**

Declaro que, autorizo o(a)(s) pesquisador(a)(es)......(nome completo de todos os membros da equipe de pesquisa), pertencente(s) à(ao) ..(nome completo da instituição proponente da pesquisa), desenvolvam a pesquisa intitulada......(.nome completo da pesquisa), sob a orientação do(a) professor(a) .....(nome completo do orientador(a), vinculado(a) ao Programa .... (mencionar o nome do programa, se for o caso) do Centro...(mencionar o nome do Centro), se for o caso.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nessa pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o cumprimento das determinações éticas contidas nas resoluções brasileiras, a exemplo da Resolução CNS no 466/2012; a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa, sempre que se fizer necessário; de que não haverá nenhuma despesa para esta instituição decorrente da participação nessa pesquisa; E, no caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma para instituição

SAE FAMILIAR – HULW/UFPB

O referido projeto será realizado no (a) .....nome do local (laboratório, clínica, setor etc.) **e só poderá ocorrer** somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HULW.

João Pessoa,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_\_\_

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

Coordenador do SAE Coordenador da GEP