**CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO OU SUSPENSÃO DA PESQUISA**

**Ilmo Sr. Coordenador**

Dr. Edmir Felix da Silva Junior

**Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Alemão Oswaldo Cruz**

**Projeto de pesquisa:** Título

**Pesquisador(a):** Nome do Pesquisador

**Responsável:** Nome do Responsável na Instituição (se aplicável)

**Orientador(a):** Se Aplicável

Em cumprimento à Resolução 466/12 e Resolução 251 item III 2e, informamos que caso necessário, o estudo será encerrado/descontinuado após a justificativa aceita pelo CEP que o aprovou, exceto em caso de urgência para salvaguardar a proteção dos sujeitos de pesquisa. Neste caso o CEP será comunicado na primeira oportunidade.

São Paulo, xx de xxxxx de 2018.

Atenciosamente,

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

NOME DO PESQUISADOR/RESPONSÁVEL

Hospital Alemão Oswaldo Cruz - HAOC

***“****Critério de Encerramento ou Suspensão da Pesquisa, devem ser explicitados, quando couber. Item 13, Do Projeto de Pesquisa - Norma Operacional 001/CNS/MS”.*