**CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO OU SUSPENSÃO DA PESQUISA**

**Importante: Favor seguir as instruções abaixo, após preenchimento excluir as orientações em vermelho.**

**Ilmo Sr. Coordenador**

**Dr. Carlos Henrique Andrade Teixeira**

**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 participantes de pesquisa. Neste caso o CEP será comunicado na primeira oportunidade.

São Paulo, xx de xxxxx de 2021.

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

 Nome e Assinatura 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”.*