**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR/RESPONSÁVEL**

**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

Eu, **(nome) (pesquisador ou responsável)** do referido Projeto de Pesquisa conduzido no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, localizado à Rua João Julião, 331, Paraíso, CEP 01323-903, São Paulo, SP. Comprometo-me a cumprir todos os Termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Resolução 466/12, 251/97, 292/99 e 346/05 e complementares do Conselho Nacional de Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

São Paulo, xx de xxxxx de 2021.

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

Nome e Assinatura do Pesquisador Responsável

Hospital Alemão Oswaldo Cruz – HAOC