**Título do Projeto de Pesquisa:** “(**NOME DO PROJETO DE PESQUISA)**”

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

A Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA CAPIXABA, inscrita no CNPJ 36.901.264/0001-63, por meio da Direção Geral do Hospital **(NOME DO HOSPITAL)** e da Gerência de Ensino, Pesquisa e Inovação, declara estar de acordo com a execução do projeto “**NOME DO PROJETO DE PESQUISA**” que tem como pesquisador principal **(NOME DO PESQUISADOR PRINCIPAL)**, conforme Parecer Técnico-Científico GEPI Nº xxx.

Assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da deferida pesquisa e declaramos conhecer e cumprir as normas brasileiras de ética e pesquisa, em especial a Resolução Nº 466/2021 do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Esta Fundação está ciente de suas responsabilidades como centro participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

**(LOCAL E DATA)**

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

**Ana Carolina Simões Ramos**

Gerência de Ensino, Pesquisa e Inovação

Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba

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

**Juliana Teixeira Dutra Fraga Sposito**

Coordenação de Projetos e Inovação

Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba

**(LOCAL E DATA)**

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

**(NOME COMPLETO DO DIRETOR GERAL)**

Direção Geral do Hospital **(NOME DO HOSPITAL)**

Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba