



CEP/Tacchini
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
 ASSOCIAÇÃO Dr. BARTHOLOMEU TACCHINI**

FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA

Confira se todos os itens e documentos abaixo estão presentes no projeto. Entregar o projeto de pesquisa e os documentos adicionais em 3 (três) vias, em português e também em formato eletrônico (CD-ROM).

PROJETO DE PESQUISA	
	Título
	Autor(es)
	Instituição ou local de origem
	Instituição ou local de realização
	Introdução: revisão bibliográfica e justificativa do estudo
	Objetivos: geral e específicos
	Método: delineamento, população e amostra, etapas, análise estatística, considerações éticas
	Cronograma
	Orçamento detalhado e fonte(s) de financiamento (caso o estudo seja patrocinado, orçamento deve ser enviado em papel timbrado do patrocinador e assinado por ele)
	Referências Bibliográficas
	Anexos (instrumentos de avaliação, de coleta de dados, formulários específicos, etc.)
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
DOCUMENTOS ADICIONAIS	
	Parecer do investigador principal sobre o projeto
	Termo de Responsabilidade de cumprimento da Resolução 196/96 do CNS assinada por todos pesquisadores
	Documento de aprovação no país de origem se a pesquisa for originada do exterior
	Curriculum Vitae em CD ou disquete (Modelo Lattes/CNPq) de cada pesquisador
	Declaração de metodologia de recrutamento (ex: pacientes do próprio consultório, pacientes encaminhados, etc.) e referenciamento após estudo. Caso necessário, encaminhe anuência da instituição de destino dos pacientes após estudo.
	Declaração de local de realização do projeto (ex: Associação Dr. Bartholomeu Tacchini, consultório etc.).
	Declaração, quando aplicável, de compensação com medicação ativa para pacientes que utilizaram placebo.
	Autorização para realização de exames e procedimentos nos respectivos Serviços do Hospital Tacchini.
	Folha de Rosto da CONEP

USO EXCLUSIVO DO COMITÊ

PROTOCOLO Nº _____

RECEBIDO POR: _____

RECEBIDO EM: ____ / ____ / ____

Rua José Mário Mônaco, 358 Bairro Centro
 Bento Gonçalves –RS CEP: 95700-000
 Fone: (54) 3455 4333 Ramal 4117 E-mail: cep@tacchini.com.br



CEP/Tacchini
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
ASSOCIAÇÃO Dr. BARTHOLOMEU TACCHINI

FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA

1. Título do Projeto de Pesquisa

--

2. Palavras-chaves que caracterizam o assunto da Pesquisa

--

3. Resumo do Projeto e dos Métodos de Pesquisa

--

4. Finalidades do Projeto

<input type="checkbox"/> Trabalho de Conclusão – Graduação	<input type="checkbox"/> Pesquisa Clínica
<input type="checkbox"/> Trabalho de Conclusão – Especialização	<input type="checkbox"/> Pesquisa Básica
<input type="checkbox"/> Dissertação de Mestrado	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Tese de Doutorado	

5. Graduando / Pós Graduando (Pesquisador Responsável)

Nome:		Data de Nascimento: ____/____/____	
RG:	CPF:	Assinatura:	
Vínculo		<input type="checkbox"/> Outra Instituição (especificar)	
<input type="checkbox"/> Hospital Tacchini			
Setor no Hospital Tacchini: _____		_____	
Ramal: _____			
Função:			
Endereço:			
Cidade:		UF:	CEP:
Contatos: Residencial: ()		Celular: ()	Fax: ()
e-mail:			



CEP/Tacchini
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
 ASSOCIAÇÃO Dr. BARTHOLOMEU TACCHINI**

6. Pesquisadores Associados

Nome:		Data de Nascimento: ____/____/____
RG:	CPF:	Assinatura:
Vínculo <input type="checkbox"/> Hospital Tacchini <input type="checkbox"/> Outra Instituição (especificar) Setor no Hospital Tacchini: _____ Ramal: _____		
Função:		
Cidade:	UF:	CEP:
Contatos: Residencial: ()	Celular: ()	Fax: ()
e-mail:		

Nome:		Data de Nascimento: ____/____/____
RG:	CPF:	Assinatura:
Vínculo <input type="checkbox"/> Hospital Tacchini <input type="checkbox"/> Outra Instituição (especificar) Setor no Hospital Tacchini: _____ Ramal: _____		
Função:		
Cidade:	UF:	CEP:
Contatos: Residencial: ()	Celular: ()	Fax: ()
e-mail:		

Nome:		Data de Nascimento: ____/____/____
RG:	CPF:	Assinatura:
Vínculo <input type="checkbox"/> Hospital Tacchini <input type="checkbox"/> Outra Instituição (especificar) Setor no Hospital Tacchini: _____ Ramal: _____		
Função:		
Cidade:	UF:	CEP:
Contatos: Residencial: ()	Celular: ()	Fax: ()
e-mail:		

Rua José Mário Mônaco, 358 Bairro Centro
 Bento Gonçalves –RS CEP: 95700-000
 Fone: (54) 3455 4333 Ramal 4117 E-mail: cep@tacchini.com.br



CEP/Tacchini
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
 ASSOCIAÇÃO Dr. BARTHOLOMEU TACCHINI**

7. Orientador / Pesquisador Responsável

Nome:		Data de Nascimento: ____/____/____	
RG:	CPF:	Assinatura:	
Vínculo <input type="checkbox"/> Hospital Tacchini <input type="checkbox"/> Outra Instituição (especificar)			
Setor no Hospital Tacchini: _____		_____	
Ramal: _____			
Função:			
Cidade:	UF:	CEP:	
Contatos: Residencial: <input type="checkbox"/>	Celular: <input type="checkbox"/>	Fax: <input type="checkbox"/>	
e-mail:			

8. Unidades e Instituições envolvidas na Pesquisa

Instituição ou Local de Origem (local que originou o estudo)
Instituição ou Local de Realização (local onde será realizado o estudo) <input type="checkbox"/> Hospital Tacchini Setor _____ <input type="checkbox"/> Outro _____

9. Área do conhecimento (utilizar fluxograma CONEP)

Área:	Código:
-------	---------

10. Recursos financeiros solicitados

Instituições	Valor	Instituições	Valor
<input type="checkbox"/> CNPq		<input type="checkbox"/> Indústrias	
<input type="checkbox"/> FINEP		<input type="checkbox"/> Laboratórios	
<input type="checkbox"/> CAPES		<input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> FAPERGS		Especificar:	



CEP/Tacchini

Comitê de Ética em Pesquisa da
Associação Dr. Bartholomeu Tacchini

CEP/Tacchini
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
ASSOCIAÇÃO Dr. BARTHOLOMEU TACCHINI**

**11. Existência de infra-estrutura e recursos humanos para o desenvolvimento da Pesquisa
(especificar)**

12. Cronograma de execução da Pesquisa

Início ____/____/____

Término ____/____/____

**13. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Dr. Bartholomeu Tacchini
CEP/Tacchini**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Dr. Bartholomeu Tacchini – CEP/Tacchini, na reunião de ____/____/____ **APROVOU** os procedimentos constantes neste protocolo conforme parecer substanciado em anexo.

.....
Coordenador
CEP/Tacchini

O Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Dr. Bartholomeu Tacchini – CEP/Tacchini, na reunião de ____/____/____ emitiu parecer em anexo e solicita a revisão do protocolo.

.....
Coordenador
CEP/Tacchini