



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
FR - 449792

Projeto de Pesquisa PROpranolol em pacientes com Tumores Encefálicos e sanGramento, como neuroprotetor e anti-Edema (PROTEGE) - Ensaio piloto				
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.01 - Medicina - Terap.			Grupo Grupo II	Nível Terapêutico
Área(s) Temática(s) Especial(s) Novos Fármacos,			Fase Fase II	
Unitermos neoplasias encefálicas, hemorragia cerebral, propranolol, edema encefálico				
Sujeitos na Pesquisa				
Nº de Sujeitos no Centro 8	Total Brasil 8	Nº de Sujeitos Total 8	Grupos Especiais Criança e ou menores de 18 anos, Portadores de incapacidade mental,	
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO
Pesquisador Responsável				
Pesquisador Responsável Francisco Helder Cavalcante Felix		CPF 370.895.873-04	Identidade 91002166988	
Área de Especialização FARMACOLOGIA		Maior Titulação MESTRADO	Nacionalidade BRASILEIRO	
Endereço TERTULIANO SALES 544		Bairro VILA UNIAO	Cidade FORTALEZA - CE	
Código Postal 60410-790	Telefone / 31014059	Fax	Email helderfelix@zipmail.com.br	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. _____ Data: ____/____/____ Assinatura				
Instituição Proponente				
Nome Hospital Infantil Albert Sabin		CNPJ 07.954.571/0038-04	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Centro Pediátrico do Câncer		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Rua Teruliano Sales 544		Bairro Vila União	Cidade Fortaleza - CE	
Código Postal 60410790	Telefone (85) 3101-4212	Fax 085 31014212	Email sabin@fortalnet.com.br	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: _____ Data: ____/____/____ Assinatura				

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 30/07/2011. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.