

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

| | | | |
|---|--|---|--|
| 1. Projeto de Pesquisa: Tratamento com Beta-bloqueadores de Crianças com Hemangiomas Diagnosticados em 2009 e 2010 no Hospital Infantil Albert Sabin | | 2. Número de Participantes da Pesquisa: 100 | |
| 3. Área Temática: | | | |
| 4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde | | | |
| PESQUISADOR RESPONSÁVEL | | | |
| 5. Nome: Francisco Helder Cavalcante Felix | | | |
| 6. CPF: 370.895.873-04 | | 7. Endereço (Rua, n.º): LAURO MAIA FATIMA 950 FORTALEZA CEARA 60055210 | |
| 8. Nacionalidade: BRASILEIRO | | 9. Telefone: (85) 3226-8398 | |
| | | 10. Outro Telefone: | |
| | | 11. Email: heldercfelix@gmail.com | |
| 12. Cargo: | | | |
| Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. | | | |
| Data: <u>10</u> / <u>12</u> / <u>2014</u> | |  Assinatura | |
| INSTITUIÇÃO PROPONENTE | | | |
| 13. Nome: SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DO CEARA | | 14. CNPJ: | |
| | | 15. Unidade/Órgão: Hospital Infantil Albert Sabin - CE | |
| 16. Telefone: (85) 3101-4212 | | 17. Outro Telefone: | |
| Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. | | | |
| Responsável: _____ | | CPF: _____ | |
| Cargo/Função: _____ | | | |
| Data: _____ / _____ / _____ | | _____ Assinatura | |
| PATROCINADOR PRINCIPAL | | | |
| Não se aplica. | | | |