

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa:
SISTEMA DE ANÁLISE PARA INDICAÇÃO DE ANOMALIAS NAS RADIOGRAFIAS PANORÂMICAS ODONTOLÓGICAS

2. Número de Participantes da Pesquisa: 6

3. Área Temática:

4. Área do Conhecimento:

Grande Área 1. Ciências Exatas e da Terra

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

5. Nome:

LEANDRO FABIAN ALMEIDA ESCOBAR

6. CPF:

888.995.009-91

7. Endereço (Rua, n.º):

LUCIA FILLA PAMPUCH PILARZINHO 264 CURITIBA PARANA 82115330

8. Nacionalidade:

BRASILEIRO

9. Telefone:

(41) 3359-4033

10. Outro Telefone:

11. Email:

l.escobar72@gmail.com

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: 06 / 07 / 2017

Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

12. Nome:

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES
POSITIVO LTDA

13. CNPJ:

78.791.712/0001-63

14. Unidade/Órgão:

15. Telefone:

(41) 3317-3000

16. 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

06/07/17

17. Nome: 107 CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES POSITIVO LTDA	18. Telefone: (41) 3317-3290	19. Outro Telefone:
<p>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.</p>		
Nome: _____	CPF: _____	
Cargo/Função: _____	Email: _____	
Data: ____ / ____ / ____		Assinatura _____

66/02/17