**X CHECK LIST PARA ENTREGA DE PROJETOS AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE PEQUENO PRÍNCIPE**

|  |
| --- |
| **DADOS DO PROJETO E DOS PESQUISADORES** |

**Título da Pesquisa:** Clique aqui para digitar texto.

**Origem da Pesquisa:** Escolher um item.

**Curso:** Clique aqui para digitar texto.

**Pesquisador Principal:** Clique aqui para digitar texto.

**Telefone para contato:** Clique aqui para digitar texto.

**E-mail:** Clique aqui para digitar texto.

**Currículo Lattes:** Clique aqui para digitar texto.

**Pesquisador:** Clique aqui para digitar texto.

**Telefone para contato:** Clique aqui para digitar texto.

**E-mail:** Clique aqui para digitar texto.

**Currículo Lattes:** Clique aqui para digitar texto.

**Pesquisador:** Clique aqui para digitar texto.

**Telefone para contato:** Clique aqui para digitar texto.

**E-mail:** Clique aqui para digitar texto.

**Currículo Lattes:** Clique aqui para digitar texto.

**Pesquisador:** Clique aqui para digitar texto.

**Telefone para contato:** Clique aqui para digitar texto.

**E-mail:** Clique aqui para digitar texto.

**Currículo Lattes:** Clique aqui para digitar texto.

**\*Caso seja necessário adicionar mais pesquisadores, basta copiar os campos de preenchimento\***

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTO**  Para atender as Resoluções nº 466/2012 e 510/2015 CONEP/CNS/MS., o CEP/FPP solicita aos Pesquisadores(as) que os Protocolos de Pesquisa sejam encaminhados para apreciação por este Comitê com os seguintes documentos, em português: | **SIM** | **NÃO** | **N/A** |
| **Check-List** |  | Item obrigatório | |
| **Folha de Rosto:** Impressa no 6º passo da submissão do trabalho na Plataforma Brasil. Deve estar assinada tanto pelo pesquisador quanto pela responsável pela instituiçãoproponente; |  | Item  Obrigatório | |
| **Autorização assinada pelo(a) diretor(a) responsável da instituição onde será realizada a pesquisa;** |  |  |  |
| **Autorização assinada pelo(s) responsável(eis) pelo setor/departamento/coordenação onde será realizada a pesquisa;** |  |  |  |
| **Termo de Confidencialidade/responsabilidade** (conforme modelo – assinada por TODA equipe de pesquisa); |  | Item obrigatório | |
| **Cronograma** |  | Item obrigatório | |
| **Orçamento assinado** (conforme modelo); |  | Item obrigatório | |
| **Instrumento de Pesquisa** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Termos de apresentação de acordo com a necessidade do projeto:** | **SIM** | **NÃO** | **N/A** |
| **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos** (Anexar **SEM** as assinaturas, somente modelo); |  |  |  |
| **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos em ambiente virtual** (Em concordância com o Ofício Circular Nº 02/2021 CONEP/SECNS/MS |  |  |  |
| **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores entre 16 e 18 anos, que assinarão juntamente com seu responsável que o assiste** (no mesmo termo) (Anexar **SEM** as assinaturas, somente modelo); |  |  |  |
| **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do adulto responsável legal pelo indivíduo incapaz** (Acompanhado do Termo de Assentimento) (Anexar **SEM** as assinaturas, somente modelo); |  |  |  |
| **Termo de Assentimento Livre e Esclarecido** (Submetido em conjunto com o TCLE para responsável legal, **SEM** as assinaturas, somente modelo) |  |  |  |
| **Termo de Compromisso de Utilização de Dados assinado por TODA a equipe de pesquisa** (conforme modelo)**;** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Termos de apresentação quando o CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba é Coparticipante** | **SIM** | **NÃO** | **N/A** |
| **Declaração de ausência de custos;** |  |  |  |
| **Requerimento;** |  |  |  |
| **Declaração de interesse de campo de pesquisa;** |  |  |  |
| **Declaração de ausência de conflito de interesse.** |  |  |  |
| **Termo de dispensa do TCLE** (caso se aplique). |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Considerações para Apresentação do Projeto** | **SIM** | **NÃO** | **N/A** |
| **Inseriu o nome de toda equipe da pesquisa na Plataforma Brasil?** |  |  |  |
| **Inseriu o nome da instituição Coparticipante na PB**  **(Caso possua CEP próprio)** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adequações nos Termos para apresentação de Relatos de Caso**  Em concordância com a Carta Circular nº 166/2018-CONEP/SECNS/MS | **SIM** | **NÃO** | **N/A** |
| **Projeto detalhado apresentado na forma final que será**  **submetido para publicação ou divulgação?** (O conteúdo apresentado como “relato de caso” e aprovado pelo CEP deve ser idêntico ao que será submetido para publicação ou divulgação. Propostas de adição no conteúdo do relato devem tramitar por meio de emenda.) |  |  |  |
| TCLE submetido **assinado** pelo participante (ou responsável legal) e anexado como tipo de documento “TCLE/Termo de Assentimento”. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Projeto de Pesquisa (Brochura ou Projeto Detalhado):**  Baseado na Norma Operacional 001/2013 CNS/MS Item 3.4 o projeto deve conter os seguintes itens: | **SIM** | **NÃO** | **N/A** |
| **CAPA** |  |  |  |
| **SUMÁRIO** |  |  |  |
| **INTRODUÇÃO** |  |  |  |
| **OBJETIVO(S)** |  |  |  |
| **REVISÃO DE LITERATURA** |  |  |  |
| **MÉTODO PROPOSTO** |  |  |  |
| **PARTICIPANTES/AMOSTRA DO ESTUDO (INCLUSÃO E EXCLUSÃO)** |  |  |  |
| **LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA** |  |  |  |
| **INSTRUMENTO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS** |  |  |  |
| **MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS** |  |  |  |
| **ASPECTOS ÉTICOS** |  |  |  |
| **CRONOGRAMA** |  |  |  |
| **ORÇAMENTO** |  |  |  |
| **REFERÊNCIAS** |  |  |  |

**Data**: Clique ou toque aqui para inserir uma data.

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

Assinatura do Pesquisador Responsável