1. \*Para pesquisas no HRO ou HC o Estudante ou Professor Orientador devem ir pessoalmente no HRO protocolar/entregar seu projetinho, no Setor de RH;
2. \*As solicitações poderão ser encaminhadas todos os meses, **do 1º ao 5º dia;**
3. \*O estudante ou Professor poderão fazer contato prévio (antes da elaboração do projetinho), através do e-mail: c[leuni@hro.org.br](mailto:Cleuni@hro.org.br) ou telefone (49) 3321-6714, ou poderá ir pessoalmente no RH do Hospital para conversar sobre o tema e área de interesse e verificar se há vagas;
4. \*Para iniciar a coleta de dados, o estudante deverá entregar ao HRO (Setor de RH), a aprovação do Comitê de Ética, bem como, acordar as datas e horário para realizar as coletas ou entrevistas (contato com Cleuni);
5. \*As pesquisas que necessitarem de uso de banco de dados (prontuários em arquivo), serão autorizadas, 01 por instituição de ensino, sendo que ao término da coleta poderá se dar nova solicitação (HRO irá controlar estes números);
6. \*Devido ao grande número de pesquisas solicitadas ao setor de oncologia, o HRO irá autorizar o número máximo de cinco pesquisas em andamento (total de pesquisas indiferente de IES ou curso).

**Documentação necessária:**

**-Projetinho** (em anexo);

**-Solicitação de autorização para pesquisa** (em anexo);

**-Solicitação de autorização para pesquisa em prontuário clínico** (se necessário) (em anexo);

**-Solicitação de autorização para pesquisa banco de dados** (se necessário) (em anexo);

**-Declaração de Ciência e Concordância da Instituição Envolvida** (em anexo);

**-Termo de Consentimento para Uso de Dados em Arquivos** (se necessário) (em anexo);

\*O solicitante deverá aguardar o deferimento do HRO para iniciar as atividades. Os documentos de autorização e demais documentos do Comitê de Ética devem ser retirados pelo estudante ou professor diretamente no HRO, com a Sra. Jussara (conforme data acordada no momento do protocolo/entrega do projetinho).

\*Ressalta-se que uma vez indeferido o projeto o mesmo não pode ser submetido novamente. Caso haja deferimento com recomendações, o mesmo só poderá ser submetido novamente para avaliação somente mais uma vez.

1. **Nome da Instituição de Ensino: Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ**

**Coordenador do Curso:** Nome do Coordenador

**Professor Orientador:** Nome do Professor Orientador

**Curso: Nome do Curso**

**Período do Curso: \_\_**

* 1. TEMA:
  2. TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO, MONOGRAFIA OU PESQUISA

Nome do(s) Acadêmico(s):

Chapecó, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_.

1. **Sumário;**
2. **Introdução:** a qual deverá conter a delimitação do tema geral e o problema encontrado dentro do tema;
3. **Justificativa:** as razões que motivaram a escolha do tema assinalando a importância do tema escolhido;
4. **Objetivos Geral e Objetivos específicos -** caracterizam etapas ou fases do projeto, sendo assim, um detalhamento do objetivo geral, portanto, o conjunto de objetivos específicos nunca deve ultrapassar a abrangência proposta no objetivo geral). Os verbos deverão estar todos no infinitivo;
5. **Revisão Bibliográfica:**Conter a descrição do pensamento – a idéia central dos autores que tratam do tema escolhido. Breve relato histórico do tema que está sendo estudado e definições de alguns termos essenciais para compreensão do tema abordado);
6. **Metodologia:** Conter o tipo de pesquisa que norteia o trabalho (quantitativo, qualitativo). Os métodos que serão empregados na pesquisa. As técnicas que serão utilizadas. Incluindo riscos e benefícios da pesquisa. Critérios de inclusão e exclusão. Instrumentos de Coleta de dados .Descrever as características da população a estudar. Apresentar e justificar a amostra. Descrever a razões e justificar a utilização de grupos vulneráveis. Critérios para suspender ou encerrar o estudo. Sigilo, privacidade e confidencialidade dos dados coletados. Análise de dados.
7. **Cronograma:** É obrigatório constar no cronograma o mês e o ano em que cada atividade será realizada, principalmente o Período de encaminhamento ao CEP e Período para coleta de dados. A coleta de dados só poderá ser iniciada após parecer favorável do CEP. Para agendar a coleta entregar a autorização do CEP no Departamento Pessoal.
8. **Referências:** Citar de acordo com as normas e o livro de metodologia adotado – listagem dos livros, artigos de revista e jornais ou textos captados na internet).
9. **Anexos (obrigatório constar)**

**- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE** em linguagem clara, acessível e objetiva.

**- Instrumento ou roteiro para coleta de dados relativos à pesquisa sob o Título “...................”. Adicionar o questionário ou qualquer outro instrumento a ser utilizado para a coleta de dados para a pesquisa).**

1. **SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Chapecó, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.

Gerência de Serviços

Hospital Regional de Oeste - HRO

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável principal pelo projeto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Especificar o nível da pesquisa - TCC entre outros), o qual pertence ao curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do curso) da \_\_\_\_\_\_ (Nome da Faculdade/Universidade), venho pelo presente, solicitar, através da Gerência de Serviços, autorização para realizar pesquisa no setor de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Unidade do HRO onde será realizada a pesquisa), para o trabalho de pesquisa sob o título \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com o objetivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.(Explicar resumidamente, os objetivos da pesquisa). Orientado pelo Professor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contato do pesquisador principal e orientador (telefone, e-mail).

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Gerência.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente.

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

Assinatura do Pesquisador Principal

Instituição

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

Assinatura do Orientador da Pesquisador

Instituição

1. **SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO CLÍNICO**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável principal pelo projeto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Especificar o nível da pesquisa – TCC entre outros), o qual pertence ao curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do curso) da \_\_\_\_\_\_ (Nome da Faculdade/Universidade), venho pelo presente, solicitar autorização da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome da Instituição onde será realizada a coleta de dados) no setor de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Setor da instituição onde irá coletar os dados) para realização da coleta de dados através de prontuário clínico de pacientes submetidos a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no período de \_\_\_\_ a \_\_\_\_ para o trabalho de pesquisa sob o título \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com o objetivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Explicar resumidamente, os objetivo e justificativa da pesquisa). Esta pesquisa está sendo orientada pelo(a) Professor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me (nos colocamos) à disposição para qualquer esclarecimento.

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

Assinatura do Pesquisador Principal

RG

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

Assinatura do Orientador da Pesquisa

RG

Instituição

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA BANCO DE DADOS**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável principal pelo projeto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Especificar o nível da pesquisa – TCC entre outros), o qual pertence ao curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do curso) da \_\_\_\_\_\_ (Nome da Faculdade/Universidade), venho pelo presente, solicitar autorização da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome da Instituição onde será realizada a coleta de dados) no setor de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Setor da instituição onde irá coletar os dados) para realização da coleta de dados através do banco de dados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no período de \_\_\_\_ a \_\_\_\_ para o trabalho de pesquisa sob o título \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com o objetivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Explicar resumidamente, os objetivo e justificativa da pesquisa). Esta pesquisa está sendo orientada pelo(a) Professor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

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

Assinatura do Pesquisador Principal

RG

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

Assinatura do Orientador da Pesquisa

RG

Instituição

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

Nome e assinatura do Coordenador de curso ou Professor Orientador

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

Assinatura dos Estudantes

**UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ- UNOCHAPECÓ**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

**CURSO preencher**

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA**

**Pesquisador Responsável:** preencher nome. OBS: na graduação o pesquisador responsável é o professor-orientador.

**Local:** Hospital Regional do Oeste e/ou Hospital da Criança

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Unochapecó, o representante legal preencher com o nome e cargo do responsável da instituição, do Hospital Regional do Oeste, envolvidono projeto de pesquisa intitulado: **preencher com o nome do projeto de pesquisa,** declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos preposto e que esta instituição dispõe da infraestrutura necessária para realização da pesquisa, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

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

**Assinatura do Pesquisador Responsável**

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

**Assinatura com carimbo do responsável da Instituição**

Chapecó, dia mês ano

**UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ- UNOCHAPECÓ**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

**CURSO preencher**

**TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO**

**Título:** preencher

**Pesquisador Responsável:** preencher nome. OBS: na graduação o pesquisador responsável é o professor-orientador.

**Local:** Hospital Regional do Oeste e/ou Hospital da Criança

Os pesquisadores do projeto assumem o compromisso de:

1. Preservar a privacidade do(s) (pacientes ou participantes) cujos dados serão coletados em (banco de dados, prontuários...);
2. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
3. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

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

**Assinatura do Pesquisador Responsável**

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

**Assinatura com carimbo do responsável da Instituição**

Chapecó, dia mês ano