Para autorização de realização de pesquisas na Unimed, solicita-se que os projetos sejam enviados conforme documentos anexos e orientações abaixo:

**-01 cópia do projeto via e-mail**  (enviar para o e-mail [cep@unochapeco.edu.br](mailto:cep@unochapeco.edu.br));

**- 01 cópia do projeto impressa;**

**- 01 cópia do formulário do projeto acadêmico impresso e preenchido (em anexo);**

**- 01 cópia do formulário do termo de compromisso do pesquisador impresso e preenchido (em anexo) OBS: uma cópia para cada integrante da equipe da pesquisa- professor(s) e aluno(s);**

**- 01 cópia do formulário de solicitação de estudo acadêmico impresso e preenchido (em anexo);**

**- 01 cópia da autorização para divulgação externa (\*se necessário) impressa e preenchida (em anexo);**

**- 01 cópia do atestado de frequência impresso (de todos os estudantes);**

**-01 cópia da Declaração de Ciência e Concordância da Instituição Envolvida devidamente preenchida e assinada (em anexo);**

**- 01 cópia do Termo de Consentimento para Uso de Dados em Arquivos (\*se necessário) devidamente preenchido e assinado (em anexo);**

\*Os formulários serão aceitos apenas em condição de estarem digitados – não serão aceitos formulários manuscritos;

\*As solicitações poderão ser encaminhadas todos os meses,no Comitê de Ética (Bloco P);

\*O prazo de entrega para avaliação do Comitê Interno de Ética em Pesquisa (CIEP)da Unimed são 10 dias úteis que antecedem a reunião (tais reuniões acontecerão mensalmente);

\*No momento de entrega do projeto no Comitê de Ética o pesquisador será informado sobre a data da reunião do Comitê Interno de Ética em Pesquisa (CIEP) da Unimed;

\*A partir da reunião, o Comitê Interno terá 5 dias para retornar com a definição para o solicitante;

\* Para iniciar a coleta de dados, o pesquisador precisará apresentar documento que comprove o deferimento do Comitê de Ética em Pesquisa de uma Instituição de Ensino, ao qual a pesquisa foi submetida ;

\*Ao findar a pesquisa, a mesma deverá ser entregue em formato físico e digital para a Unimed, para fins de controle e histórico.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PROJETO ACADÊMICO** | **FOR 001/00**  **GEP**  **Implantação 11/2013** |

**Dados Pessoais**

Acadêmico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador Acadêmico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados do Projeto**

Tema: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Objetivos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Metodologia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Referencial que será utilizado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TERMO DE COMPROMISSO PESQUISADOR** | **TER 001/00**  **GEP**  **Implantação 11/2013** |

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar ciente e de acordo com os critérios da Cooperativa de Trabalho Médico – Unimed Chapecó para o desenvolvimento do estudo intitulado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ciente ainda, que devo respeitar a cooperativa quanto ao sigilo durante a coleta de informações e a demanda diária dos profissionais que nela atuam. Comprometo-me ainda, a não divulgar os dados da pesquisa realizada sem autorização expressa da Unimed Chapecó. Estou ciente de que a cooperativa estará me acompanhando e fornecendo suporte durante o desenvolvimento do estudo, tendo como referência o setor de Gestão de Pessoas. Entregarei cópia impressa da pesquisa finalizada à Cooperativa e via e-mail ao setor de Gestão de Pessoas. O presente termo é concedido de forma espontânea.

( ) Autorizo a Unimed Chapecó a disponibilizar para pesquisa a cópia física de meu estudo acadêmico aos seus Colaboradores e Médicos Cooperados.

O(s) pesquisador(es) abaixo assinado(s) está(ão) ciente(s) que o projeto de pesquisa ora apresentado, se deferido por este CIEP, somente poderá ter início após a aprovação da pesquisa pelo CEP da instituição de ensino e mediante a apresentação de documento que comprove a mencionada aprovação.

Chapecó/SC, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**Assinatura**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SOLICITAÇÃO ESTUDO**  **ACADÊMICO** | **FOR 002/00**  **GEP**  **Implantação 11/2013** |

Chapecó/SC, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ao Complexo Unimed Chapecó

O curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da Universidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tem em sua grade curricular no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semestre a exigência de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Este trabalho objetiva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e deverá ser realizado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Têm-se o interesse de realizar o estudo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,e para tanto, segue anexo a este, **Comprovante de Matrícula** e **Projeto de Estudo**. Coloco-me à disposição da cooperativa e aguardo retorno.

O(s) pesquisador(es) abaixo assinado(s) está(ão) ciente(s) que o projeto de pesquisa ora apresentado, se deferido por este CIEP, somente poderá ter início após a aprovação da pesquisa pelo CEP da instituição de ensino e mediante a apresentação de documento que comprove a mencionada aprovação.

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

Orientador(a) Acadêmico (a)

**( ) Deferido ( ) Indeferido**

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

**Dr. Julio Roberto Barbiero**

**Coordenador CIEP – Unimed Chapecó**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **POLÍTICA INSTITUCIONAL DE CONTROLE DOCUMENTAL** | **FOR 001/00**  **PLI**  **Implantação: 06/2013** |

**AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO EXTERNA DE DOCUMENTOS**

**INSTITUCIONAIS**

Em atenção à Política Institucional de Controle Documental do Hospital Unimed Chapecó, eu (nome completo), solicito autorização do CIEP – Comitê Interno de Ética em Pesquisa, para divulgação externa do documento institucional (descrever classificação, codificação e nome do documento - dúvidas em relação a estes dados buscar Gestão da Qualidade) para fins de (para a finalidade do uso do documento).

O(s) pesquisador(es) abaixo assinado(s) está(ão) ciente(s) que o projeto de pesquisa ora apresentado, se deferido por este CIEP, somente poderá ter início após a aprovação da pesquisa pelo CEP da instituição de ensino e mediante a apresentação de documento que comprove a mencionada aprovação.

Chapecó, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Atenciosamente;

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

(Nome completo)



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

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

**ÁREA preencher**

**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:** Unimed Chapecó

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 Dr. Julio Roberto Barbiero, Coordenador CIEP – Unimed Chapecó, 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**

\*\*Retirar palavras em vermelho do texto

Chapecó, dia de mês de 2020

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

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

**ÁREA Preencher**

**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:** Unimed Chapecó

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**

\*\*Retirar palavras em vermelho do texto

Chapecó, dia de mês de 2020