

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa:
INFILTRAÇÃO DE ASPIRADO DE MEDULA ÓSSEA AUTÓLOGA PARA TRATAMENTO DE DOR FACETÁRIA LOMBAR: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

2. Número de Participantes da Pesquisa: 40

3. Área Temática:

4. Área do Conhecimento:
Grande Área 4. Ciências da Saúde

PESQUISADOR

5. Nome:
Márcio de Paula e Oliveira

6. CPF:
713.669.541-49

7. Endereço (Rua, n.º):
SQN 309 Bloco A apartamento 115 Asa Norte REGIAO ADMINISTRATIVA DO GUARA DISTRITO FEDERAL 70755010

8. Nacionalidade:
BRASILEIRO

9. Telefone:
(61) 8345-6262

10. Outro Telefone:

11. Email:
professor_marciooliveira@hotmail.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: 19 / 12 / 2024



Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

12. Nome:
HOME - HOSPITAL ORTOPEDICO E MEDICINA ESPECIALIZADA LTDA.

13. CNPJ:
37.108.388/0001-59

14. Unidade/Órgão:

15. Telefone:
(61) 3962-6162

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:


Cicero Henrique Dantas Neto
CRM-DF 8111
Diretor Médico do Hospital HOME

CPF:

110434.34

Cargo/Função:

Data: 19 / 12 / 24


Cicero Henrique Dantas Neto
CRM-DF 8111
Diretor Médico do Hospital HOME

Assinatura

PATROCINADOR PRINCIPAL

17. Nome:

15590 HOME - HOSPITAL ORTOPEDICO E MEDICINA
ESPECIALIZADA LTDA.

18. Telefone:

(61) 3962-6162

19. Outro Telefone:

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.

Nome:

Cícero Henrique Dantas Neto

CPF:

496.610.434-34

Cargo/Função:

Director Médico

Email:

Data:

19.12.24

Cícero Henrique Dantas Neto
CRM-DF 8111

Director Médico do Hospital HOME

Assinatura