



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

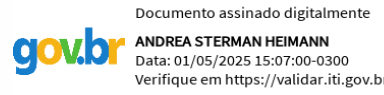
1. Projeto de Pesquisa: Efeito da suplementação com WATACAP - PEP 19 na doença hepática esteatótica associada a disfunção metabólica: avaliação por ressonância magnética			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 26			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR			
5. Nome: Rebecca Dias Zaia			
6. CPF: 430.410.428-43		7. Endereço (Rua, n.º): CAPITAO JARBAS VIEIRA DE SOUZA JARDIM SAO LUIZ apto. 71 RIBEIRAO PRETO SAO PAULO 14020470	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 44998151982	10. Outro Telefone:	11. Email: rebeccadzaia@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: 03 / 05 / 2025		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - HCFMRP		13. CNPJ: 56.023.443/0001-52	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (16) 3602-2228	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: Prof.ª Fabiana Cardoso Pereira Valera		CPF: 201.530.278-60	
Cargo/Função: Coordenadora Técnica Científica da UPC			
Data: / /		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			

17. Nome: 128781 PROTEIMAX BIOTECNOLOGIA LTDA	18. Telefone: (11) 4616-9644	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: Andrea Sterman Heimann CPF: 260.859.538-36

Cargo/Função: Socia fundadora e CTO Email: andrea@proteimax.com



Data: 01 / 05 / 2025

Andrea Heimann

Assinatura



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: BA43-3252-09F4-2C76

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



FABIANA CARDOSO PEREIRA VALERA (CPF 201.XXX.XXX-60) em 06/05/2025 20:30:36 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://faepa.1doc.com.br/verificacao/BA43-3252-09F4-2C76>