



Hospitais  
Universitários  
Universidade Federal do Ceará

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO  
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND  
GERENCIA DE ENSINO E PESQUISA

REGISTRO DE PESQUISA NA UNIDADE DE PESQUISA CLÍNICA

Para UPC

Nº Inscrição UPC: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**DADOS GERAIS**

Nome do Hospital Universitário: ( ) HUWC ( ) MEAC

Título: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Classificação Institucional: ( ) Pesquisa Acadêmica ( ) Desenvolvimento Tecnológico (Ensaio, Industria Farmacêutica/outros)

Caso Pesquisa Acadêmica: ( ) Pós-Doc ( ) Doutorado ( ) Mestrado ( ) TCC de Especialização ( ) Residência ( ) TCC de Graduação ( ) Iniciação Científica

**ORIENTADOR**

Nome do Responsável na Instituição: \_\_\_\_\_

Currículo Lattes: \_\_\_\_\_

Possui vínculo: ( ) Sim, professor UFC ( ) Sim, Contratado dos HU's ( ) Não Possui Vinculo.

**PESQUISADOR PRINCIPAL**

Nome do Pesquisador Principal: \_\_\_\_\_

Currículo Lattes: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Número estimado de participantes da pesquisa no hospital: \_\_\_\_\_

Se estudo Multicêntrico o hospital: ( ) Participa do estudo ( ) Coordena o estudo

Nome do Hospital coordenador: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES FINANCEIRAS**

Tipo de Fomento (Seleção Única): ( ) Pública Nacional ( ) Pública Internacional ( ) Privado Nacional

( ) Privado Transnacional ( ) Sem Fomento externo

Recurso de Capital (R\$): \_\_\_\_\_

Recurso de Custeio (R\$): \_\_\_\_\_

Bolsa (R\$): \_\_\_\_\_

Recurso Total (R\$): \_\_\_\_\_

Data Prevista de Início do Projeto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Encerramento do Projeto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Área de Conhecimento: ( ) Ciências da Saúde ( ) Outros. Qual: \_\_\_\_\_

**Tipo de Pesquisa (Seleção única):**

- Ciências sociais e humanas aplicada a saúde  
 Epidemiologia  
 Infraestrutura  
 Pesquisa biomédica (*scriptu sensu*)  
 Ensaio clinico - Fase I  
 ensaio clinico – Fase II  
 Ensaio clinico – Fase III  
 Ensaio clinico – Fase IV  
 Pesquisa clinica epidemiológicas/observacional  
 Pesquisa pré-clínica  
 Sistema de saúde, planejamento e gestão política, programas e serviços de saúde  
 Qualitativo  
 Avaliação de tecnologias em saúde  
 Outras ações de c&t

**Agravo(s) em saúde em investigação (seleção múltipla):**

- Doenças infecciosas e parasitaria  
 Neoplasia  
 Doenças de sangue e dos órgãos hematopoiéticos  
 Transtornos mentais e comportamentais  
 Doenças do sistema nervoso  
 Doenças do olho e anexos  
 Doenças do aparelho circulatório  
 Doenças do aparelho respiratório  
 Doenças do aparelho digestivo  
 Doenças de pele e do tecido subcutâneo  
 Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo  
 Doenças do aparelho geniturinário  
 Gravidez, parto e puerpério  
 Causas externa de mobilidade e mortalidade  
 Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde  
 Outros

**Se aplicável, tipo de tecnologia em investigação (seleção múltipla):**

- Equipamentos  
 Medicamentos  
 Procedimento médico cirúrgico  
 Produtos Biológicos  
 Produtos e insumos para a saúde  
 Sistema de suporte  
 Sistema organizacionais e de gestão

**Se aplicável, natureza da aplicação da tecnologia em investigação (seleção múltipla):**

- Diagnostico  
 Prevenção  
 Promoção  
 Rastreamento  
 Reabilitação  
 Tratamento  
 Prognóstico  
 Sobrevida  
 Qualidade de vida

Checklist de documentação exigida para submissão na UPC	SIM	NÃO
Projeto com orçamento, cronograma e TCLE		
Anuência da chefia do setor		
Termo de fiel depositário		
Declaração de concordância da equipe		
Folha de rosto ou carta de anuência		
Anuência da Gerência de Atenção à Saúde (pesquisas realizadas na MEAC)		

Encaminhar estes documentos em PDF por email ([upchus.ufc@gmail.com](mailto:upchus.ufc@gmail.com))

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável

Para UPC		
Número protocolo CEP: _____	Data de submissão: _____	Tempo de CEP: _____
Data do parecer: _____ Parecer: ( ) aprovado ( ) reprovado ( ) pendente		

Responsável pela pré-análise: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PARECER FINAL/GEP: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo