

## PREENCHIMENTO FOLHA DE ROSTO DA PLATAFORMA BRASIL

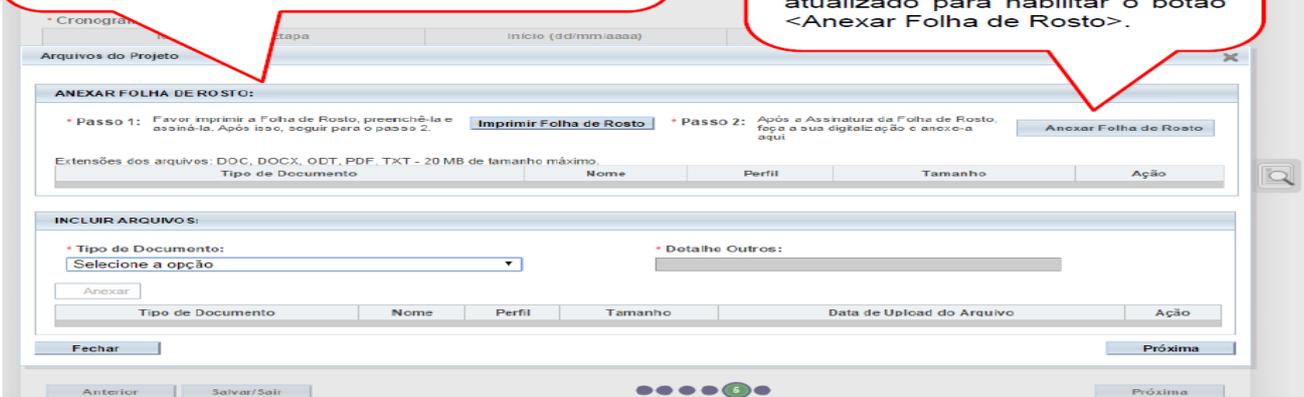
A folha de rosto será gerada na etapa 06 do cadastro da Plataforma Brasil, todos os campos devem ser preenchidos e a folha de rosto precisa ser digitalizada e anexada na Plataforma Brasil. Conforme mostra figura:

**Passo 1:**  
É necessário imprimir a Folha de Rosto para que seja assinada pelo:

- Pesquisador Principal;
- Responsável pela Instituição Proponente;
- Responsável pelo Financiamento, quando o <Tipo> informado for "Institucional Principal".

**Passo 2:** Digitalize a Folha de Rosto assinada e clique em <Anexar Folha de Rosto>.

**Obs.:** É necessário que o plugin do Adobe Flash Player esteja atualizado para habilitar o botão <Anexar Folha de Rosto>.



Exemplo folha de rosto:

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP <b>FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS</b>				
1. Projeto de Pesquisa: <small>Título do seu Projeto de Pesquisa que foi informado na etapa 1, Informações Preliminares</small>		2. CAAE:		
3. Área Temática:				
4. Área do Conhecimento: <small>Grande Área 5. Ciências Sociais Aplicadas, Grande Área 7. Ciências Humanas</small>				
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
5. Nome:				
6. CPF:		7. Endereço (Rua, n.º):		
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone:	10. Outro Telefone:	11. Email:
12. Cargo:				
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 195/96 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: ____ / ____ / ____		Assinatura		
INSTITUIÇÃO PROPONENTE				
13. Nome: <small>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP</small>		14. CNPJ:		15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: <small>(11) 3670-8466</small>		17. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 195/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.				
Responsável: _____		CPF: _____		
Cargo/Função: _____				
Data: ____ / ____ / ____		Assinatura		
PATROCINADOR PRINCIPAL				
Não se aplica.				

Alguns campos já estarão preenchidos de acordo com as etapas anteriores ao cadastro os campos em brancos devem ser preenchidos manualmente:

### 3. Área Temática: temática da pesquisa;



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

#### FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: <b>Titulo do seu Projeto de Pesquisa que foi informado na etapa 1 <u>Informações Preliminares</u></b>	2. CAAE:
3. Área Temática:	
4. Área do Conhecimento: Grande Área 6. Ciências Sociais Aplicadas, Grande Área 7. Ciências Humanas	

## PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Os dados 5 a 12 estarão preenchidos de acordo com informações preenchidas em outras etapas.

Preencher a data e assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome:			
6. CPF:	7. Endereço (Rua, n.º):		
8. Nacionalidade: BRASILEIRA	9. Telefone:	10. Outro Telefone:	11. Email:
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 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: _____ / _____ / _____		_____	
		Assinatura	

## INSTITUIÇÃO PROPONENTE

INSTITUIÇÃO PROPONENTE		
13. Nome: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC/SP	14. CNPJ:	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (11) 3670-8466	17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição ): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.		
Responsável: _____	CPF: _____	
Cargo/Função: _____		
Data: ____ / ____ / ____		Assinatura _____

Os dados 13 a 17 estarão preenchidos de acordo com informações preenchidas em outras etapas.

- **campo 15:** Unidade o qual o pesquisador faz parte dentro da Instituição Proponente.

**Quaisquer outras dúvidas sobre preenchimento da folha de rosto consulte os manuais disponíveis para download na Plataforma Brasil.**