**FEBIC – FEIRA BRASILEIRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

SUSTENTABILIDADE - CONHECIMENTO - CRIATIVIDADE - INOVAÇÃO JARAGUÁ DO SUL – SANTA CATARINA - BRASIL

ANEXO 4 A

**FORMULÁRIO PARA PESQUISA COM SERES HUMANOS**

**(somente para projetos que envolvam pesquisas com seres humanos)**

É necessária a aprovação de um Conselho de Revisão Institucional ou Comissão de Ética em Pesquisa antes da experimentação.

|  |
| --- |
| **DADOS DA PESQUISA** |
| **Título do Projeto:** |
|  |
| **Nome da Instituição de Ensino:** |
|  |
| **Nome(s) do(s) aluno(s) pesquisador(es):** |
|  |
| **Área do conhecimento**: |
| **( ) Ciências Agrárias ( ) Ciências Exatas e da terra ( ) Ciências Ambientais ( ) Ciências Humanas****( ) Ciências Biológicas ( ) Ciências Sociais****( ) Ciências da Saúde ( ) Engenharia e suas aplicações** |
| **Nome do Orientador:** |
|  |
| **Objetivos da pesquisa**: |
|  |
| **Quais os procedimentos em que os seres humanos estarão envolvidos e a duração deste envolvimento:** |
|  |
| **Identifique os produtos químicos, atividades, equipamentos, materiais ou micro- organismos perigosos que serão utilizados.** |

|  |
| --- |
|  |
| **Descreva os riscos, desconfortos e benefícios que os seres humanos podem esperar ao participar deste estudo:** |
|  |
| **Quais as precauções de segurança e procedimentos tomados para reduzir os****riscos.** |
|  |
| **Quais os procedimentos de descarte de materiais que serão utilizados (quando necessário)** |
|  |

|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA** |
| **Sendo a presente proposta de pesquisa de nossa própria autoria, declaramos que estamos dispostos e comprometidos com seu desenvolvimento, sendo imparciais, coerentes e justos nos resultados. Nestes termos, pedimos ao Conselho de Revisão Institucional deferimento para assim podermos realizá-la.****Atenciosamente:** |
| **DATA:** |

|  |
| --- |
| **PARECER DO CONSELHO DE REVISÃO INSTITUCIONAL (OU COMISSÃO DE ÉTICA)** |
| **O Conselho de Revisão Institucional da Unidade de Ensino:****declara que o plano de pesquisa descrito acima está ( ) Aprovado sem restrições.****( ) Aprovado com restrições conforme documento em anexo. ( ) Não pode ser desenvolvido.** |
| **Nível de Risco da Pesquisa:**( ) Risco Mínimo ( ) Risco Superior ao Mínimo ( ) Não se aplica |
| **Necessidade do termo de consentimento, por escrito, dos menores para participar da pesquisa:**( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica (menores não são pesquisados) |
| **Necessidade da autorização dos pais ou responsáveis legais, por escrito, para pesquisa com participação de menores:**( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica (menores não são pesquisados) |

|  |
| --- |
| **Consentimento, por escrito, para pesquisados maiores de 18 anos:**( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica (maiores de 18 anos não são pesquisados) |
| **MEMBRO REPRESENTANTE DO CORPO DISCENTE DA ESCOLA** |
| **NOME:** |
| **Cargo na Unidade Escolar:** |
| **Formação (última titulação):** |
| **Assinatura:** |
| **MEMBRO DO CORPO DE ESPECIALISTAS DA ESCOLA** |
| **NOME:** |
| **Cargo na Unidade Escolar:** |
| **Formação (última titulação):** |
| **Assinatura:** |
| **ESPECIALISTA DA ÁREA DE SAÚDE** |
| **NOME:** |
| **Cargo:** |
| **Formação (última titulação)** |
| **Registro do Conselho Regional:** |
| **Assinatura:** |
| **DIRETOR DA UNIDADE DE ENSINO** |
| **NOME:** |
| **Assinatura:** |
| **DATA DA ANÁLISE:** |