



FORMULÁRIO DE AFILIAÇÃO

MEMBRO DO GBECAM QUE FAZ A INDICAÇÃO?	
Nome:	
Instituição:	
DADOS DO INVESTIGADOR PRINCIPAL	
Nome completo	
Data de nascimento	
Estado Civil	
Nacionalidade	
Especialidade médica	
CRM / UF	
RG / UF	
CPF	
E-mail de uso preferencial (utiliza c/ frequência)	
Endereço Residencial completo (Rua, Bairro, Cidade e CEP)	
Telefone Residencial	
Endereço do Consultório	
Telefone do Consultório	
Telefone fixo de sua preferência	
Telefone celular (opcional)	
Fax	
Endereço onde gostaria de receber as correspondências	
Enviar correspondência aos cuidados de:	
DADOS DOS SUB-INVESTIGADORES	
Nome do Sub Investigador 1	
Data de nascimento	
CRM / UF	
E-mail de uso preferencial (utiliza c/ frequência)	
Telefone fixo de sua preferência	
Telefone celular (opcional)	
Nome do Sub Investigador 2 (se aplicável)	

Data de nascimento	
CRM / UF	
E-mail de uso preferencial (utiliza c/ frequência)	
Telefone fixo de sua preferência	
Telefone celular (opcional)	
DADOS DO COORDENADOR DO CENTRO DE PESQUISA	
Nome	
Data de nascimento	
Formação	
E-mail de uso preferencial (utiliza c/ frequência)	
Telefone fixo de sua preferência	
Telefone celular	
DADOS SOBRE O CENTRO DE PESQUISA	
Nome do Centro de Pesquisa	
Endereço completo (Rua, Cidade e CEP)	
Telefone fixo	
Telefone de emergência para pacientes	
Fax	
Nome da Secretária	
Data de nascimento	
DADOS DA INSTITUIÇÃO ONDE É REALIZADA A PESQUISA	
Nome da instituição	
Endereço completo (Rua, Cidade e CEP)	
Telefone	
CNPJ	
Inscrição Estadual	
Nome do Diretor (ou responsável legal) - especificar o cargo exercido pela pessoa	
DADOS DO INTERVENIENTE ADMINISTRATIVO (se aplicável)	
Nome do Interveniante	
Endereço completo (Rua, Cidade e CEP)	
Telefone	
CNPJ	
Inscrição Estadual	
Responsável legal - especificar o cargo exercido pela pessoa	

DADOS SOBRE O PAGAMENTO

Depósito em favor de:

- Instituição
 Interveniente Administrativo

SUA INSTITUIÇÃO POSSUI UM COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA?

- SIM (RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO)
 NÃO (INDIQUE QUAL O CEP O SEU CENTRO DE PESQUISA UTILIZA)

Nome

Endereço completo (Rua, Cidade e CEP)

Telefone

Nome do Coordenador

Nome do secretário

E-mail

Nº de cópias necessárias dos documentos

Dia previsto para as reuniões

Prazo de submissão antes da reunião

Prazo médio para avaliação

Prazo médio para liberação dos documentos assinados

Há cobrança de taxa administrativa?

- SIM
 NÃO

PARA SUBMISSÃO AO SEU CEP O PROJETO PRECISA PASSAR PREVIAMENTE POR COMISSÃO CIENTÍFICA?

- NÃO SIM - tempo médio necessário para aprovação: _____ dias.

1- Número de estudos clínicos ATUALMENTE em andamento em seu centro de pesquisa:

- Mais de 10 estudos
 Entre 5 e 9 estudos
 < 5 estudos
 Nenhum

2- Número de estudos clínicos ATUALMENTE em andamento em seu centro, tendo você como PI (Investigador Principal):

- Mais de 10 estudos
 Entre 5 e 9 estudos
 < 5 estudos
 Nenhum

3- Número de estudos clínicos já REALIZADOS em seu centro, sob sua responsabilidade como PI:

- Mais de 10 estudos
- Entre 5 e 9 estudos
- < 5 estudos
- Nenhum

4- Em quantos estudos tomou parte (como PI ou sub-investigador) até a presente data?

- >30 Estudos
- 29 – 20 Estudos
- 5 – 19 Estudos
- < 05 Estudos

5- O (s) coordenador (es) de centro e seu staff tem treinamento em:

- GCP/ICH
- Regulamentações Nacionais (RES 196, 251, 292,346 e RDC 219)
- Declaração de Helsinque
- Código de Nuremberg
- CFR / Título 21
- IATA

6- O seu centro de pesquisa já passou por alguma auditoria?

- NÃO
- SIM, qual: _____

7- Você já passou por alguma auditoria?

- NÃO
- SIM, qual: _____

8- Participação em publicações de estudos clínicos nacionais?

- NÃO
- SIM, qual revista: _____

9- Participação em publicações de estudos clínicos internacionais?

- NÃO
- SIM, qual revista: _____

10- Listar alguns estudos clínicos em que tenha participado:

Assinatura: _____ Data: ____/____/ 200__