

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA DIVISÃO DE PESQUISA

DATA DA ENTRADA NA DPq:		DATA DA ENTRADA NA DG:		Nº Processo DPq	
PESQUISADOR:					
TELEFONE:		CELULAR:		E-MAIL:	
RAMAL:		OUTRO CONTATO:			
TÍTULO DO PROJETO:					
ORIENTADOR:					
CELULAR:		E-MAIL:			RAMAL:
LABORATÓRIO / SETOR:					
SERVIÇO:			DEPARTAMENTO:		
INSTITUIÇÃO:					
<input type="checkbox"/> HUCFF <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> EEAN <input type="checkbox"/> OUTRO? Qual?					
ESTUDO MULTICÊNTRICO?		ESTUDO REALIZADO NO HUCFF?		PESQUISA REALIZADA NA UPC?	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
PROJETO:					
<input type="checkbox"/> TCC <input type="checkbox"/> INICIAÇÃO CIENTÍFICA <input type="checkbox"/> MESTRADO <input type="checkbox"/> DOUTORADO <input type="checkbox"/> EXTENSÃO <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL <input type="checkbox"/> INDÚSTRIA FARMACÊUTICA <input type="checkbox"/> OUTRO? Qual?					
PÓS-GRADUAÇÃO ENVOLVIDA:					
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA <input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGIA <input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA <input type="checkbox"/> CIÊNCIAS CIRÚRGICAS <input type="checkbox"/> DIP <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA <input type="checkbox"/> ANATOMICA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> OUTRA / EXTERNA					
QUAL OUTRA?					
FINANCIAMENTO:				VALOR DO FINANCIAMENTO	
<input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input type="checkbox"/> PÓS-GRADUAÇÃO <input type="checkbox"/> BOLSA CAPES				R\$	
<input type="checkbox"/> EDITAL Qual?				R\$	
<input type="checkbox"/> INDÚSTRIA FARMACÊUTICA				US\$	
QUAL INDÚSTRIA / LABORATÓRIO?		INTERVENIENTE		TAXA ADMINISTRATIVA CEP	
		<input type="checkbox"/> FUJB <input type="checkbox"/> COPPETEC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
METODOLOGIA:					
<input type="checkbox"/> LEVANTAMENTO DE PRONTUÁRIO <input type="checkbox"/> ESTUDO OBSERVACIONAL <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓNISTA					
INTERVENÇÃO:					
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICA <input type="checkbox"/> TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA <input type="checkbox"/> TERAPÊUTICA NÃO-FARMACOLÓGICA					

ATENÇÃO! APÓS O PREENCHIMENTO, ESSE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO, POR E-MAIL, PARA dpq@hucff.ufrj.br

DOCUMENTOS		
<input type="checkbox"/> Folha de Rosto da Plataforma Brasil	<input type="checkbox"/> Contrato	
<input type="checkbox"/> Declaração de Infraestrutura	<input type="checkbox"/> Termo Aditivo	
<input type="checkbox"/> Declaração de Instituição Coparticipante	<input type="checkbox"/> Termo de Anuência Institucional (TAI)	
<input type="checkbox"/> Cópia do Projeto	<input type="checkbox"/> Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável com as Resoluções Brasileiras	
<input type="checkbox"/> Resumo do Projeto	<input type="checkbox"/> Termo de Compromisso da Instituição com as Resoluções Brasileiras	
<input type="checkbox"/> TCLE	<input type="checkbox"/> <i>Confidential Disclosure Agreement</i>	
<input type="checkbox"/> Cópia do Orçamento		
<input type="checkbox"/> Carta de Aceite		
<input type="checkbox"/> Outro? Qual?		
AS MARCAÇÕES DE DOCUMENTOS ENTREGUES, DEVERÃO ESTAR VERIFICADAS POR FUNCIONÁRIO DA DPq.		
ATESTO QUE TODOS OS DOCUMENTOS ACIMA FORAM ENTREGUES PELO INTERESSADO.		
DATA:	FUNCIONÁRIO:	ASSINATURA:
/ /		

PREENCHIMENTO POR FUNCIONÁRIOS DA DIVISÃO DE PESQUISA (DPq)

PROCEDIMENTOS	
SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO	
ANOTAÇÕES DIVERSAS	
APROVAÇÃO DO PROJETO NO CEP-HUCFF	
REGISTRO N°	DATA