**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO:**

* **TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS;**
* **FAVOR IMPRIMIR ESTE FORMULÁRIO, COLETAR AS ASSINATURAS E PROTOCOLAR NA GERÊNCIA TÉCNICA DE ENSINO E PESQUISA JUNTAMENTE COM A FOLHA DE ROSTO DA PLATAFORMA BRASIL E O PROJETO DE PESQUISA NA ÍNTEGRA.**
* **NO CASO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA REALIZADA PELO RESIDENTE, PROTOCOLAR APENAS ESTE FORMULÁRIO PREENCHIDO E COM AS ASSINATURAS DO ORIENTADOR E DO PESQUISADOR.**

**PESQUISADOR INTERNOParte superior do formulário**

**PESQUISADOR INTERNO  
Identificação do Pesquisador Principal**

Nome:

CPF: E-mail:

Celular:

( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-doutorado

( ) Livre docência ( ) Não possui titulação

Maior Titulação Atual:

**Vínculo Institucional do Pesquisador Principal**

( ) Médico ( ) Fisioterapeuta ( ) Assistente Social ( ) Enfermeiro ( ) Nutricionista

( ) Fonoaudiólogo ( ) Biomédico ( ) Biólogo ( ) Farmacêutico ( ) Psicólogo ( ) Dentista

Funcionário do HSPM:

Outro profissional. Qual?

Residente. Qual a especialidade?

Estagiário. Qual o curso e a Instituição de Ensino vinculada?

**Informações sobre o Projeto de Pesquisa**

Local (Centro de Pesquisa, Setor, Ambulatório ou Disciplina) - informar endereço completo, telefone de contato e responsável pelo local:

Característica:

( ) Retrospectivo  
( ) Prospectivo  
( ) Retrospectivo/Prospectivo

Objetivo Acadêmico do Estudo:

( ) Graduação ***[TCC, PIBIC, etc.]*** ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado  
( ) Pós-doutorado ( ) Livre docência ( ) Não envolve obtenção de titulação

   Título do Projeto de Pesquisa:

Nome do Orientador:

E-mail do Orientador:

Resumo do Projeto de Pesquisa:

**Informações Adicionais sobre o Projeto de Pesquisa**

A pesquisa fará uso do **Hospital do Servidor Público   
Municipal** ou de algum dos seus ambulatórios?:

( ) Sim ( ) Não

A pesquisa fará uso de algum **Biobanco**?:

( ) Sim ( ) Não

O projeto tem possibilidade de gerar conhecimento passível de proteção intelectual (**patentes**, direito autoral, novos tratamentos, marcas, softwares, cultivares, segredo industrial)?:

( ) Sim ( ) Não

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***1.   A pesquisa envolverá uso de material médico-hospitalar?*** | ( ) Sim | ( ) Não | Justifique: |
| Descrição: |
| ***2.   A pesquisa envolverá uso de material de escritório?*** | ( ) Sim | ( ) Não | Justifique: |
|  |  |  | Descrição: |
| ***3.   A pesquisa envolverá uso de medicamentos?*** | ( ) Sim | ( ) Não | Justifique: |
|  |  |  | Descrição: |
| ***4.   A pesquisa envolverá a realização de exames?*** | ( ) Sim | ( ) Não | Justifique: |
|  |  |  | Descrição: |
| ***5.   A pesquisa envolverá a realização de outros procedimentos?*** | ( ) Sim | ( ) Não | Justifique: |
|  |  |  | Descrição: |

**Informar** o nome da fonte dos recursos:

**Orçamento** (total de gastos previstos em R$:

( ) Até R$ 1.000,00( ) Até 10.000,00 ( ) Até 20.000,00 ( ) Até 50.000,00 ( ) Até 100.000,00 ( ) Até 200.000,00   
( ) Até 500.000,00 ( ) Acima de 500.000,00

Em caso de outros valores, mencionar:

/ /

**Previsão de término da pesquisa:**

( ) Sim ( ) Não

Apresentação de trabalho oral ou em formato de pôster em congresso?

( ) Sim ( ) Não

Solicitação de dispensa para Congresso?

Caso afirmativo, **anexar** cópia desse documento no processo de dispensa.

**Termo de Responsabilidade:**

Comprometo-me a entregar cópia eletrônica do trabalho científico (dissertação, tese TCC, artigo científico, livro, capítulo de livro, material inserido no pôster etc.) à Biblioteca do HSPM.

Parte inferior do formulário

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável/Coordenador onde será realizada a pesquisa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável