|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***HUSM/* UFSM****H O S P I T A I S U N I V E R S I T Á R I O S F E D E R A I S** | Universidade Federal de Santa Maria Hospital Universitário de Santa Maria Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares | **Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM** |
| **SOLICITAÇÃO DE APRECIAÇÃO PARA EXECUÇÃO DE PROJETOS NO HUSM/UFSM**Data: / /Pesquisador(a): Função:SIAPE: Telefone: E-mail: Unidade/Curso:Título:**TIPO DE PROJETO:** ( ) Pesquisa ( ) Extensão ( ) Ensino ( ) Institucional**FINALIDADE:** ( ) TCC Graduação ( ) TCC Especialização ( ) Dissertação Mestrado ( ) Tese Doutorado ( ) Pós-Doutorado ( ) Iniciação Científica ( ) Outro. Curso/Programa/Setor:**TIPO DE PESQUISA:** ( ) Inovações Tecnológicas em Saúde ( ) Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde ( ) Epidemiológico ( ) Clínica Epidemiológica Observacional ( ) Infraestrutura ( ) Avaliação de Tecnologia em Saúde ( ) Biomédica (*Strito Sensu*) ( ) Pré-Clínica ( ) Qualitativa ( ) Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas, Programa e Serviços da Saúde ( ) Outras ações de C & T( ) Ensaio Clínico: ( ) Fase I ( ) Fase II ( ) Fase III ( ) Fase IV**O Estudo é Multicêntrico?** ( ) Não ( ) Sim Centro Responsável:**Relacionado à Grupo de Pesquisa?** ( ) Não ( ) Sim, Qual?**Período Execução:** Ano (Início): , Ano (Término) :**FONTE(S) DE FINANCIAMENTO:** ( ) Edital Interno do HUSM ( ) Edital Externo da UFSM , qual? ( ) Indústria Farmacêutica ( ) Agência Pública de Fomento Nacional ( ) Agência de Fomento Internacional ( ) Outra, Qual?**OBS:** A fonte de financiamento de pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.Pesquisador(a) Responsável**APRECIAÇÃO DOS SETORES DO HUSM ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DO PROJETO****OBS:** Após a obtenção das assinaturas das unidades/setores, digitalizar e anexar este documento no Portal SIEweb, quando o registrar.**NÃO VALE COMO APROVAÇÃO INSTITUCIONAL** |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidades/Setores Envolvidos** | **Concorda com o Projeto** | **Assinatura e Carimbo da Chefia/Responsável** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **( ) Sim****( ) Sim****( ) Sim****( ) Sim****( ) Sim****( ) Sim****( ) Sim** | **( ) Não****( ) Não****( ) Não****( ) Não****( ) Não****( ) Não****( ) Não** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |