|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***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** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |