

Formulário de Análise Financeira / Requisitante

Processo N° _____/_____/_____

Data de Recebimento: ___/___/___

Título do Projeto: _____

Nome do Pesquisador Principal: _____

CPF: _____ Especialidade: _____

Nome da Instituição que acontecerá o Projeto: _____

1. Local de Desenvolvimento da Pesquisa:

() Unidade de Internação/citar: _____

() Ambulatórios/citar: _____

() Consultórios/ sim ou não: _____ Número necessário _____ Outro local citar e informar disponibilidade: _____

2. Tempo de duração da pesquisa (anos) _____

3. Número de participantes da pesquisa envolvidos: _____

4. Número de consultas por participante da pesquisa: _____ **Total:** _____

Local: _____

5. Número de consultas por participantes da pesquisa em outras especialidades (se necessário): _____ **Total** _____. **Local:** _____

_____ **Outros citar:** _____

6. Financiamento da Pesquisa:

Agente (s) Financiador (es): _____

Informar o valor do recurso financeiro disponível: _____

8. O Projeto de Pesquisa vai gerar resíduo? () Sim () Não.

Em caso afirmativo informar o grupo de acordo com RDC ANVISA 306/04 e Resolução CONAMA N° 358/05: Tipo de Resíduo Gerado durante a Pesquisa.

Grupo: _____. **Especificar:** _____

Haverá contrato com funcionário em conhecimento em resíduo? ()Sim ()Não ()Não se aplica.

Haverá contrato separado para tratamento de resíduo no decorrer da pesquisa: ()Sim ()Não ()Não se aplica

9. Custo financeiro - resíduo gerado durante a Pesquisa.

Distribuição do Recurso	Recurso financeiro por paciente	Valor Total
Funcionário contratado		
Contrato com empresa para tratamento de resíduo		

10. Custo financeiro - participante da pesquisa (alimentação, transporte e hospedagem..):

Distribuição do Recurso	Recurso financeiro por paciente	Valor Total
Transporte		
Alimentação		
Hospedagem		
Outros especificar:		

11. Custo financeiro - com Recursos Humanos:

Distribuição do Recurso	Recurso financeiro por paciente	Valor Total
Pesquisador		
Investigador Principal		
Bolsista (se necessário)		

12. Custo financeiro:

Distribuição do Recurso	Recurso financeiro por paciente	Valor Total
Núcleo de Ensino e Pesquisa - NEP		

13. Custo financeiro total das descrições mencionadas no Projeto de Pesquisa:

	Valor total / Custo. (somatória da planilha)	Observação:
Exames Laboratoriais		
Exames de Imagem		
Procedimentos Hospitalares		
Medicamentos		
Insumos Hospitalares		
Auditorias em Prontuários		
Material de Escritório		
Recursos Humanos		
Núcleo de Pesquisa – NP		
Participante da Pesquisa / Alimentação		
Participante da Pesquisa / Transporte		
Participante da Pesquisa / Hospedagem		
Participante da Pesquisa / outros		
Outros:		
Outros:		
Total		

14. Observações necessárias: _____

15. Custeio para Associação Evangélica Beneficente de Minas Gerais/ Hospital Evangélico de Belo Horizonte.

A-Valor disponível para execução do Projeto de Pesquisa na instituição.	B - Valor total de custos financeiros para a instituição.	Somatório (A-B)

16. Custeio Total:

A-Valor disponível para execução do Projeto de Pesquisa	B - Valor total de custas financeiras	Somatório (A- B)

Eu _____ declaro para os devidos fins que as informações relatadas são verdadeiras e autênticas.

Nada mais a declarar e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Assinatura legível e carimbo (caso possua)