

**Formulário para Cadastramento de Projeto de Pesquisa da Pós-Graduação
Vice direção de Pesquisa Clínica (VDPC) – INI/FIOCRUZ**

Nome do aluno: _____

E-mail: _____

Telefone Institucional: _____ Celular: _____

Curso: () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado Ano de Entrada: _____

Título do Projeto de Pesquisa:

Natureza do Projeto

() Inovação () Extensão () Pesquisa () Projeto Interinstitucional () Outra

Pesquisador Responsável: _____
(Orientador) **(NOME COMPLETO POR EXtenso)**

Lotação_____

Informar se há necessidade do projeto ser cadastrado no Sistema de Prontuário Eletrônico (SIPEC): () Sim () Não

Informar se deseja que o projeto seja avaliado por parecerista *ad hoc* opcional):

() Sim () Não

*Data de cadastramento na VDPC: ____ / ____ / ____

*Código do projeto na VDPC: _____

***Este campo deverá ser preenchido pela Vice direção de Pesquisa Clínica (VDPC)**

Nº	ITENS QUE DEVERÃO ESTAR CONTEMPLADOS NO PROJETO	SIM	NÃO
1.	Sumário		
2.	Páginas numeradas		
3.	Título do Projeto		
4.	Nome do Pesquisador Responsável		
5.	Resumo do Projeto		
6.	Introdução		
7.	Justificativa		
8.	Objetivo Geral		
9.	Objetivo Específico		
10.	Metodologia		
10.1	Cooperação Estrangeira: caso não se aplique, preencher NSA Informar o nome, qualificação e função no projeto da pessoa física ou jurídica estrangeira Informar se serão enviadas amostras biológicas de seres humanos para o exterior. Caso sim, incluir uma justificativa no projeto Documento de aprovação por Comitê de Ética no país de origem ou justificativa para a falta deste		
10.2	Armazenamento de Amostras Biológicas: caso não se aplique, preencher NSA Justificativa quanto a necessidade e oportunidade para usos futuros O TCLE contempla autorização para armazenamento de amostras? Definição dos responsáveis pela guarda e pela autorização de uso do material e previsão de tempo para o armazenamento de amostras biológicas		
10.3	Propriedade Intelectual/Inovação: caso não se aplique, preencher NSA Informar se haverá pedido de patente		
11.	Resultados Esperados		
12.	Aspectos Éticos com TCLE ou TC		
13.	Cronograma (indicando a data prevista para o início do projeto)		
14.	Orçamento (informar fontes de fomento e impacto no PA do INI)		
15.	Equipe (nome, qualificação, função no projeto e lotação)		
16.	Referências bibliográficas – ABNT* (Numérica ou Autor-data)		
17.	Link do Curriculum Lattes (Pesquisador Responsável)		

Assinatura do Pesquisador Responsável (orientador): _____

Ass. Vice direção de Pesquisa Clínica/Coord. Pós-Graduação: _____

() Conforme () Não-Conforme

Recebimento pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): ____ / ____ / ____

*<http://www.abnt.org.br/>(link para normas da ABNT)