

FORMULÁRIO/ORÇAMENTO

Goiânia, _____/_____/_____

Ilmº Sr.

Coordenador do Núcleo de Pesquisa – HC/UFG

Senhor Coordenador,

O Pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: “.....” declara que os recursos para a realização dos testes inerentes ao mesmo serão:

desnecessários, pois o estudo é retrospectivo, de levantamento de dados que já constam no prontuário do(s) paciente(s) da pesquisa;

desnecessários, pois as análises necessárias para a pesquisa, fazem parte da rotina de avaliação dos pacientes participantes;

pesquisa patrocinada por indústria, todos os procedimentos (exames, etc), serão feitos em laboratórios fora deste Hospital;

pesquisa patrocinada por indústria farmacêutica. Os exames complementares serão parcialmente realizados, no Hospital das Clínicas e os valores serão repassados ao Hospital das Clínicas ou Fundação de Apoio a Pesquisa;

pesquisa com recursos de Instituição (CNPq, FAPEGO, CAPES, FM-UFG, FUNDAH, FUNAPE, HC, UFG,.....).

recursos próprios

recursos próprios +

Nome e Assinatura do Pesquisador