**ORÇAMENTO**

Ilmo Sr. Coordenador

Dr. Gustavo Bernardes de Figueiredo Oliveira

Comitê de Ética em Pesquisa Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Projeto de pesquisa: Titulo

Pesquisador(a): Nome do Pesquisador

Responsável: Nome do Responsável da Instituição (se aplicável)

Orientador(a): Nome do Orientador (se aplicável)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Itens | Unitário | Total |
| Ex: ECG | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
| Ex: RX | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
| Ex: Ressarcimento (transporte e alimentação paciente) | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
| Ex: Ecames laboratoriais | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
| Ex: Materiais de Escritório | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
|  | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
|  | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
|  | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
|  | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
|  | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
|  | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
|  | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
|  | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
|  | Inserir valor unitário | Inserir valor total |
| Total por pacientes | Inserir valor unitário | Inserir valor total |

(Resolução: Item e, Norma Operacional 001/CNS/MS)

**Obs:** adequar conforme a pesquisa. Caso não tenha orçamento justificar o motivo.

Colocar sempre a observação de ser “para fins acadêmicos os custos serão de responsabilidade do pesquisador”, quando o patrocinador for o próprio pesquisador.

São Paulo, Clique aqui para inserir uma data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Completo e Assinatura do Pesquisador

**Observações:**

* *Pesquisas desenvolvidas dentro do SUS deverão ser informadas se os exames/ procedimentos/ medicações fazem parte da prática médica ou se serão extras.*
* *O IDPC e nem a Fundação Adib Jatene não são patrocinadores de pesquisas*
* *Informar se haverá apoio/financiamento de empresa/ instituições de fomento a pesquisa/ custeio própri*o
* *No caso de solicitação de exames fora da prática médica, descrever o valor de cada exame/ procedimento ou medicação (baseado na tabela SUS ou AMB), quantidade e número total de pacientes, a origem do patrocínio (se empresa externa ou agência de fomento). Siga o modelo de tabela apresentado na pagina anterior.*

**Importante: Favor seguir as instruções para preenchimento dos campos.**