**ANEXO I**

**MODELO DE FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DE BOLSA DE PESQUISA PARA INVESTIGADOR PRINCIPAL (PI)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** |  | **SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DE BOLSA DE PESQUISA PARA INVESTIGADOR PRINCIPAL (PI)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO (A) OUTORGADO (A) (BOLSISTA)** | | | |
| **Nome completo** |  | | |
| **Endereço**  (Rua/Av., Nº, Complemento) |  | | |
| **CEP** |  | **Bairro** |  |
| **Cidade** |  | **UF** |  |
| **Telefone** |  | **E-mail** |  |
| **CPF** |  | **RG** |  |
| **Nacionalidade** |  | **Estado Civil** |  |
| **Profissão** |  | **Registro Órgão de Classe** (se houver) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS BANCÁRIOS DO (A) OUTORGADO (A) (BOLSISTA)** | | |
| **Banco (nº e nome)** | **Nº da Agência** | **Nº da Conta Corrente \*** |
|  |  |  |
| \* Obrigatoriamente em nome do outorgado, não podendo ser conta: digital, conjunta, salário, poupança ou pessoa jurídica. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO ESTUDO** | | | | | | |
| **Título do Estudo** |  | | | | | |
| **Patrocinador / Financiador do Estudo** |  | | | | | |
| **Data início Estudo** | / / | **Data encerramento Estudo** | | / / | | |
| **CEP ao qual estudo foi submetido** |  | **Data de Submissão (CEP)** | | / / | | |
| **Outorgado aprovado no processo seletivo do Projeto de Pesquisa Clínica pelo Patrocinador?** | | | ( ) | **SIM** | ( ) | **NÃO** |
| **Outorgado apresentou o Projeto de Pesquisa Clínica junto ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP?** | | | ( ) | **SIM** | ( ) | **NÃO** |
| **Outorgado possui vínculo com o Hospital/Clínica/Centro de Pesquisa vinculado no Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP?** | | | ( ) | **SIM** | ( ) | **NÃO** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO E APROVAÇÃO DO PATROCINADOR** | | | |
| **Nome Completo** |  | | |
| **Telefone (s)** |  | **Data** | / / |
| **Carimbo e Assinatura:**  **(ou assinatura com certificado digital)** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO (A) RESPONSÁVEL PELO ESTUDO NO HOSPITAL/CLÍNICA/CENTRO DE PESQUISA** | | | |
| **Nome Completo** |  | | |
| **Departamento** |  | **Instituição** |  |
| **Nº do Registro Profissional** |  | **Data** | / / |
| **Carimbo e Assinatura**  **(ou assinatura com certificado digital)** |  | | |