

ORÇAMENTO

TÍTULO DA PESQUISA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

PESQUISADOR (ALUNO PG -se pertinente)

DATA DE SUBMISSÃO

| ITENS A SEREM FINANCIADOS | | | | QUANTIDADE | | | VALOR UNITÁRIO R\$ | VALOR POR PACIENTE R\$ | VALOR TOTAL R\$ | *IDENTIFICAR FONTE VIABILIZADORA |
|------------------------------|-------------------------------|--|-------------|------------|--|--|-----------------------|---------------------------|--------------------|----------------------------------|
| ESPECIFICAÇÕES: | Nº de Pacientes Nº animais | Nº Exames Nº de material Equipamento | Total | | | | | | | |
| | | quantid | quantidades | | | | | | | |
| Exames/Procedimentos: | | | | | | | | | | |
| Serviços: | | | | | | | | | | |
| Materiais: | | | | | | | | | | |
| Equipamentos: | | | | | | | | | | |
| TOTAL: | | | | | | | | | | |

OBSERVAÇÕES:

1. Anexar comprovante de cronograma de execução
 2. Anexar comprovante de agencia de fomento (se pertinente).
 3. Orçamento da supervisão administrativa do InsCer ou orçamento CEMBE (quando for o caso).

*** Fontes viabilizadoras:**

| | | |
|------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. Patrocinador | 3. Serviço | 5. Pesquisador (outro) |
| 2. Agência de Fomento: | 4. Pesquisador Responsável | 6. Estudo Retrospectivo: |

| | | |
|---|--|--|
| _____ Pesquisador Responsável pelo orçamento (assinatura e carimbo) | | _____ Chefia do serviço/setor (quando for o caso) (assinatura e carimbo) |
|---|--|--|

Aprovado Comissão Científica InsCer

 Coordenadora da Comissão Científica do InsCer
 (assinatura e carimbo)

Registro InsCer: