EPeClin ESCRITÓRIO DE PESQUISA CLÍNICA HC-FMUSP

TRIAGEM DOCUMENTAL – CHECKLIST - ANEXO 4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASSUNTO**  **(SOMENTE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO)** | | | | |
| 1. Solicitação de Bolsa de Pesquisa Clínica: apresentação de **RELATÓRIO INICIAL.** | | | | ☐ |
| 1. Solicitação de Prorrogação de Bolsa de Pesquisa Clínica: apresentação de **RELATÓRIO PARCIAL.** | | | | ☐ |
| 1. Solicitação de Encerramento de Bolsa de Pesquisa Clínica: apresentação de **RELATÓRIO FINAL.** | | | | ☐ |
| **INFORMAÇÕES GERAIS**  **(PREENCHIMENTO COMPLETO OBRIGATÓRIO - PREENCHER DE FORMA LEGÍVEL)** | | | | |
| 1. DATA:   Clique aqui para inserir uma data. | | | | |
| 1. NÚMERO DO CG: OBRIGATÓRIO NO CASO DE CONCESSÃO INICIAL, PRORROGAÇÃO OU ENCERRAMENTO.   Clique aqui para digitar texto. | | | | |
| 1. NÚMERO DO TERMO DE OUTORGA (T.O.): OBRIGATÓRIO NO CASO DE PRORROGAÇÃO OU ENCERRAMENTO. Clique aqui para digitar texto. | | | | |
| 1. NOME DO CANDIDATO (A) (BOLSISTA):   Clique aqui para digitar texto. | | | | |
| 1. NOME DO INVESTIGADOR PRINCIPAL (COORDENADOR DO PROJETO) RESPONSÁVEL PELO BOLSISTA. | | | | |
| Clique aqui para digitar texto. | | | | |
| 1. INSTITUTO, DEPARTAMENTO, DISCIPLINA OU SERVIÇO:   Clique aqui para digitar texto. | | | | |
| 1. TÍTULO DA PESQUISA CLÍNICA:   Clique aqui para digitar texto. | | | | |
| **LOCAL DE ENTREGA** | | | | |
| EPeClin – ESCRITÓRIO DE PESQUISA CLÍNICA - HCFMUSP. Segunda a sexta das 8:30 às 15:00. | | | | |
| **EM ATENDIMENTO AS NORMAS PARA CONCESSÃO DE BOLSA DE PESQUISA DA FFM VIGENTES:** | | | | |
| 1. Havendo necessidade, serão solicitados documentos adicionais para instrução do processo. 2. A concessão ou prorrogação estará condicionada à aprovação pelo EPeClin HC-FMUSP e pela FFM. 3. O Termo de Outorga de Bolsa de Pesquisa entre a FFM e o Bolsista, vigorará exclusivamente após sua assinatura e não criará vínculo empregatício de qualquer natureza. 4. Não serão concedidas Bolsas retroativas. 5. A solicitação / concessão inicial não poderá ultrapassar 12 meses. 6. A prorrogação poderá ser solicitada a cada 12 meses, desde que, não ultrapasse o prazo máximo estabelecido pelas normas vigentes. 7. Não serão concedidas prorrogações de Bolsas retroativas, não existindo aprovações automáticas. Na ausência da solicitação de prorrogação da Bolsa dentro do prazo estabelecido, a Bolsa será finalizada. 8. O preenchimento incorreto dos formulários ou falta de documento elencado inviabilizará a Concessão ou Prorrogação da Bolsa de Pesquisa. 9. Qualquer solicitação deverá ser realizada com o mínimo de 15 dias de antecedência. 10. Não serão aceitos documentos entregues em outros endereços e estes serão desconsiderados. | | | | |
| **DOCUMENTOS APRESENTADOS - TRIAGEM DOCUMENTAL – CHECKLIST** | | | | |
| **SIM** | **PENDÊNCIA**  **Uso**  **exclusivo EPeClin** | **N/A**  **Uso exclusivo EPeClin** | **DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS** | |
| ☐ |  | ☐ | 1-Ofício de Encaminhamento. | |
| ☐ |  | ☐ | 2-Formulário de Solicitação de Concessão de Bolsa de Pesquisa: **(ANEXO 1).** | |
| ☐ |  | ☐ | 3-Formulário de Termo de Outorga de Bolsa de Pesquisa **(ANEXO 2).** | |
| ☐ |  | ☐ | 4-Relatório de Atividades do Bolsista. INICIAL OU PARCIAL OU FINAL. **(ANEXO 3).** | |
| ☐ |  | ☐ | 5-Cópia legível do Curriculum Lattes do Bolsista (atualizado e impresso). | |
| ☐ |  | ☐ | 6-Cópia legível dos documentos do Bolsista: RG, CPF e Registro no Órgão de Classe. | |
| ☐ |  | ☐ | 7-Cópia legível do Comprovante de Residência do Bolsista. | |
| ☐ |  | ☐ | 8-Cópia legível do Diploma: nível técnico ou superior. | |
| ☐ |  | ☐ | 9-Cópia legível da Aprovação CAPPesq ou CEP-FMUSP.  No caso da aprovação CAPPesq ou CEP-FMUSP apresentar mais de 12 meses, deverá ser apresentado, além da aprovação inicial do estudo, cópia legível do último relatório parcial ao CEP (ANUAL) obrigatório, protocolado ou aprovado pelo COMITÊ DE ÉTICA que aprovou o estudo. | |
| ☐ |  | ☐ | 10- Cópia legível do Termo de Outorga assinado (referente a Bolsa de Pesquisa já concedida pela FFM). | |
| **NOS CASOS DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DEVERÁ SER APRESENTADO:**  **1.OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO**  **2.RELATÓRIO PARCIAL: SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE BOLSA DE PESQUISA CLÍNICA E RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES DO BOLSISTA**  **3.CÓPIA DA APROVAÇÃO CAPPesq OU CEP-FMUSP.** No caso da aprovação CAPPesq ou CEP-FMUSP apresentar mais de 12 meses, deverá ser apresentado, além da aprovação inicial do estudo, cópia legível do último **RELATÓRIO PARCIAL AO CEP (ANUAL)** obrigatório, protocolado ou aprovado pelo COMITÊ DE ÉTICA que aprovou o estudo.  **4.CÓPIA LEGÍVEL DO TERMO DE OUTORGA ASSINADO:** referente a Bolsa de Pesquisa já concedida pela FFM. A PRORROGAÇÃO DE BOLSA DE PESQUISA poderá ser solicitada desde que não ultrapasse o prazo máximo estabelecido pelas Normas de Concessão de Bolsa de Pesquisa vigentes. | | | | |
| **NOS CASOS DE SOLICITAÇÃO DE ENCERRAMENTO DEVERÁ SER APRESENTADO:**  **1.OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO.**  **2.RELATÓRIO FINAL: SOLICITAÇÃO DE ENCERRAMENTO DE BOLSA DE PESQUISA CLÍNICA.**  **3.CÓPIA DA APROVAÇÃO CAPPesq OU CEP-FMUSP.** No caso da aprovação CAPPesq ou CEP-FMUSP apresentar mais de 12 meses, deverá ser apresentado, além da aprovação inicial do estudo, cópia legível do último **RELATÓRIO PARCIAL AO CEP (ANUAL)** obrigatório, protocolado ou aprovado pelo COMITÊ DE ÉTICA que aprovou o estudo. | | | | |