**TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE OS CUSTOS**

Pesquisador responsável: **[Nome do Pesquisador]**

Título do Projeto: **[Título completo do Projeto]**

DECLARO que o desenvolvimento da pesquisa supracitada não acarretará nenhum ônus financeiro para o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP e que todos os custos não relacionados ao tratamento e exames que são realizados regularmente para os participantes pacientes deste projeto de pesquisa possuem fonte definida de financiamento, conforme abaixo declarado:

**Tipo de Estudo:**

( ) Retrospectivo

( ) Prospectivo

**Coleta de Dados:**

( ) Clínicos

( ) Exames laboratoriais, quais:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Exames de imagem, quais:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo de Financiamento:**

( ) Financiamento próprio

( ) Agência de fomento – anexar Termo de Outorga, se houver

□ Caso o projeto não seja aprovado pelo órgão financiador, a pesquisa não será realizada ou as despesas serão custeadas pelos próprio(s) pesquisador(es).

( ) Estudo patrocinado (indústria farmacêutica ou instituição) – anexar orçamento/contrato

Recife, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

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

**Nome completo e/ou carimbo**

**Pesquisador Responsável**