

Prestação de Contas

Dados de Identificação (FONTE: Sistema de gestão)

Nome do Projeto:
Número do Contrato ou Convênio:
Financiadora do Projeto:
Instituição Apoiada:
Cód. Referência na Instituição:
Nº Processo SEI:
Local da Realização:
Pesquisador Responsável pelo Projeto (PI):
Data da Assinatura do Contrato:
Período: Planejado: / / até / /
Período: Executado: / / até / /

Objetivos. (FONTE: Sistema de gestão e complementação se necessário do pesquisador)

(Descrever os objetivos do projeto e seus avanços.)

Comparativo Orçamento X Execução (FONTE: Sistema de gestão)

Receitas:

<i>Categoria</i>	<i>Orçamento Aprovado</i>	<i>Valor Executado</i>	<i>Desvio %</i>	<i>Justificativa</i>
Repasse do Financiador				
Rendimentos				
Outras Receitas				
Eventos Adversos				
Itens faturáveis				
Despesas não previstas				
Reembolsáveis				
Total				

Clinical Research

Endereço: Rua Exemplo, 123, Centro, Cidade - Estado, CEP 00000-000

Contato: (00) 1234-5678 | contato@xx.com.br

Website: www.xx.com.br

Despesas:

Categoria	Orçamento Aprovado	Valor Executado	Desvio %	Justificativa
1. CUSTEIO				
Bolsas				
Material de consumo				
Passagens e despesa com locomoção				
Serviços Terceiros Pessoa Física				
Serviços Terceiros Pessoa Jurídica				
2. CAPITAL				
Obras e Instalações				
Equipamentos e Material Permanente				
Total				

Detalhamento dos pagamentos (FONTE: Sistema de gestão)

Data	Fornecedor	Descrição	Valor (R\$)	Documento fiscal

Análise de Desvios (FONTE: Pesquisador/Responsável Financeiro devem justificar eventuais desvios)

(Descrição dos desvios e devidas justificativas.)

Declaração Final

Declaro que todas as informações apresentadas são verdadeiras e que os recursos foram utilizados exclusivamente para a execução do projeto.

Pesquisador Responsável pelo Projeto
(Assinatura e credenciais)

Responsável Financeiro
(Assinatura e credenciais)

Clinical Research

Endereço: Rua Exemplo, 123, Centro, Cidade - Estado, CEP 00000-000

Contato: (00) 1234-5678 | contato@xx.com.br

Website: www.xx.com.br