**PROJETO**

**Título**

**Equipamento**

(COLOCAR FOTO DO EQUIPAMENTO)

**São Paulo**

**2021**

O Departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da Faculdade de Ciências Farmacêuticas adquiriu recentemente o equipamento, que breve descrição do equipamento.

Este equipamento está sob a responsabilidade de um Comitê Gestor constituído pelos pesquisadores Nome, Nome e Nome e um Comitê de Usuários constituído pelos pesquisadores Nome, Nome e Nome, indicados pelo Conselho do Departamento, os quais serão coordenadores do presente projeto, gerenciado pela (UNIDADE/FUNDAÇÃO).

 Os critérios da prestação de serviços à comunidade científica e às empresas públicas e privadas estão descritos abaixo.

1. **Do agendamento da solicitação de serviço.**
	1. Deverá ser realizado através do e-mail: email@email.com. Solicitações verbais não serão consideradas.
	2. O horário de funcionamento do equipamento será dividido em (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) turnos de (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) horas cada: das (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) e das (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), de segunda a sexta-feira, não funcionando aos sábados, domingos e feriados. A reserva não poderá ser cedida para outros usuários.
	3. A solicitação deve seguir todas as orientações que estão descritas no sítio do centro de multiusuário do (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) da FCF-USP.
	4. O e-mail de solicitação deverá conter o formulário de agendamento (Anexo 1), sem o qual a solicitação não será atendida.
	5. As solicitações (enviadas por e-mail) serão verificadas diariamente e a confirmação do agendamento será realizada por e-mail obedecendo à ordem de entrada e à disponibilidade do equipamento.
	6. A confirmação do agendamento será acompanhada de uma declaração de compromisso de pagamento da taxa de utilização e de responsabilidade do solicitante quanto à qualidade das amostras a serem analisadas (Anexo 2), que deverá ser assinada e devolvida no momento da entrega da amostra:
		1. Esta declaração deverá ser assinada pelo pesquisador responsável;
		2. O início da prestação de serviço só ocorrerá com a entrega desta declaração assinada;
		3. A ausência de informações sobre emissão de nota fiscal prejudicará a liberação do serviço.
	7. O cancelamento do agendamento deverá ser realizado com até 48 horas de antecedência, caso contrário, a taxa de utilização será cobrada integralmente.
2. **Das atividades técnicas relacionadas ao equipamento:**
3. O preparo da amostra fica sob responsabilidade do pesquisador solicitante.
4. Fica a cargo do solicitante verificar a qualidade das amostras: DESCREVER, etc. Sendo que a não observância desses parâmetros poderá comprometer a qualidade do experimento, mas não a cobrança da taxa de utilização.
5. Fica a cargo do solicitante providenciar os materiais necessários para a utilização do equipamento: (DESCREVER O MATERIAL, se houver), etc.
6. **Do pagamento da prestação de serviço:**
	1. O uso do equipamento será cobrado em função do número de horas agendadas e pago (UNIDADE) OU (FUNDAÇÃO).
	2. Ao término da prestação será emitido um boleto, pela UNIDADE ou FUNDAÇÃO, responsável pelo gerenciamento comercial, que deverá ser pago em no máximo 30 dias corridos.
	3. O fundo arrecadado será destinado a compra de materiais e reagentes para análises, manutenção preventiva e corretiva do equipamento e peças para upgrade do equipamento.
7. **Da aquisição dos resultados:**
	1. Os resultados serão obtidos (DESCREVER).
	2. O usuário deverá reservar parte de seu agendamento para as análises dos resultados caso seja necessário.
	3. O fim do experimento usuário deverá copiar seus dados em um dispositivo de memória USB. Sendo que, após copiá-los os dados serão deletados do computador conectado ao equipamento.

ANEXO 1

FORMULÁRIO DE AGENDAMENTO: EQUIPAMENTO – FCF/USP

|  |  |
| --- | --- |
| DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO  |  |
| Nome do Responsável: |   |  |
| Departamento: |   | Instituição:  |   |  |
| Tel.: |   | Tel. 2: |   | Cel.: |   |  |
| E-mail: |   |  |  |
| Instituição Financiadora: |   | Processo Nº. |   |  |  |
| [ ]  Professor [ ]  Jovem Pesquisador [ ]  Pesquisador  |  |
|  |  |
| Dados do representante legal do responsavel pelo projeto para contato |  |
| Nome do Usuário: |   |  |  |  |
| Email:  | [ ]  Professor [ ]  Pos-Doc/Jovem Pesquisador [ ]  Pesquisador |  |
| Tel.: |   | Cel.: |   |  |
|  |  |
| Resumo |  |
| *Descreva sucintamente o experimento ou anexe um resumo do projeto cujo experimento em questão está inserido (MAX 150 palavras):* |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| DATA E HORÁRIO DE AGENDAMENTO |
| Data: / /  | Turno: [ ]  9h às 12h [ ]  13h às 16h |
| Data: / /  | Turno: [ ]  9h às 12h [ ]  13h às 16h |
| Data: / /  | Turno: [ ]  9h às 12h [ ]  13h às 16h |

|  |
| --- |
| INFORMAÇÕES SOBRE O EXPERIMENTO: (DESCREVER INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA O EXPERIMENTO) |
| [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| INFORMAÇÕES IMPORTANTES |
| **Preparo da Amostra**O preparo da amostra será realizado inteiramente pelo pesquisador requisitante. Sendo também de sua responsabilidade a avaliação da qualidade da amostra.**Agendamento: (DESCREVER)**O agendamento do uso do equipamento deverá ser realizado através de:**Armazenamento, Processamento e Análise dos Dados: (DESCREVER)****Favor enviar este formulário totalmente preenchido e assinado para:** email @email.com |
| Assinatura do Pesquisador Responsável |   | Data |   |

Protocolo de recebimento (dados preenchidos pelo prestador de serviço):

Data de recebimento: Número do protocolo:

Data da confirmação:

ANEXO 2

DECLARAÇÃO

Declaro que as amostras apresentam qualidade adequada, que li e compreendi as regras gerais aplicadas ao serviço do equipamento e que o não cumprimento dos procedimentos descritos ou qualquer ato do mau uso, inexperiência ou imprudência estará sujeito a suspensão da minha permissão de uso do equipamento e poderá acarretar cobrança monetária de meu orientador/supervisor. Estou ciente, também, do pagamento referente às horas agendadas para a utilização do equipamento, inclusive no caso de falha de uso em virtude da qualidade das amostras.

USUÁRIO

NOME:

CPF:

RG:

Tel. de contato:

Endereço residencial l:

E-MAIL:

ASSINATURA:

Pesquisador

NOME:

INSTITUICÃO:

Endereço completo:

TELEFONE:

E-MAIL:

ASSINATURA:

AGENDAMENTO

Data: Número do Pedido:

Horário:

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

 FUNDAÇÃO/UNIDADE Prestador de serviço