



INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD

NOTIFICAÇÃO DA INVENÇÃO

1- NÚMERO DA SOL:

--

2- TÍTULO DA INVENÇÃO:

--

3- INVENTOR (ES):

Nome:		
Identidade N°/Órgão expedidor/Data de emissão:	CPF:	Profissão:
Nacionalidade:	Naturalidade:	
Endereço Residencial (incluindo bairro, CEP):		Telefone:
Vínculo com o INTO:		
<input type="checkbox"/> Servidor Matrícula SIAPE _____		
<input type="checkbox"/> Terceirizado Indicar a empresa contratante _____ Anexar o contrato assinado.		
<input type="checkbox"/> Bolsista (pesquisador visitante, especialista visitante, estagiário, etc) Especificar: _____ Indicar a modalidade de bolsa _____ Anexar o Termo de concessão de bolsa assinado.		
<input type="checkbox"/> Prestador de serviço (consultor, etc) Especificar: _____ Anexar o contrato de prestação de serviço assinado.		
<input type="checkbox"/> Estagiário sem bolsa Anexar termo de concessão de estágio assinado.		
<input type="checkbox"/> Estudante sem bolsa Anexar o comprovante de matrícula assinado.		
<input type="checkbox"/> Outros		



INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD

Especificar: _____ Anexar o comprovante do vínculo.
Vínculo com outras instituições:
Nos doze meses anteriores à data da presente notificação, você esteve envolvido, em outras instituições públicas ou privadas, com pesquisas relacionadas ao objeto da invenção? () NÃO () SIM Se a resposta anterior for positiva: Especifique a instituição: _____ Qual era o seu vínculo com a instituição? _____. (Anexar comprovante do vínculo)

3.2- EXTERNOS AO INTO

Nome:	Instituição:	
Identidade Nº/Órgão expedidor/Data de emissão:	CPF:	Profissão:
Nacionalidade:	Naturalidade:	
Endereço Residencial (incluindo bairro, CEP):	Telefone:	
Dados para contato com o Núcleo de Inovação Tecnológica de sua Instituição de origem		
Vinculado ao INTO? () NÃO () SIM. Especificar o vínculo: _____		
Vínculo com outras instituições:		
Nos doze meses anteriores à data da presente notificação, você esteve envolvido, em outras instituições públicas ou privadas, com pesquisas relacionadas ao objeto da invenção? () NÃO () SIM Se a resposta anterior for positiva: Especifique a instituição: _____ Qual era o seu vínculo com a instituição? _____. (Anexar comprovante do vínculo)		



INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD

4- PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES NA INVENÇÃO (QUANDO FOR O CASO)

Instituição	Percentual de Participação na Invenção
	Total = 100%

5 - FINANCIAMENTO DA INVENÇÃO

5.1 – Indique as instituições/agências de financiamento da invenção:

Exclusivamente do INTO, sem financiamento externo? () NÃO () SIM

Se a resposta anterior for negativa, o financiamento externo foi realizado pelo:

() No Brasil

Especifique: _____

Informe o valor total do financiamento _____

Anexar cópia do termo de outorga.

() No Exterior

Especifique: _____

Informe o valor total do financiamento _____

Anexar cópia do termo de outorga.

6- Indique quais são as próximas etapas necessárias para o desenvolvimento de processos/produtos relacionados à invenção? Indique também o prazo estimado para o cumprimento de cada etapa.

7- Indique, se possível, quais países teriam mercado e capacidade tecnológica para produzir ou processar o objeto da invenção.

8- Indique, se possível, quais empresas são ativas no segmento relacionado à sua invenção?



INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD

--

Unidade 1:

Local:	Local:
Data:	Data:
<hr/> (nome completo e carimbo)	De acordo: <hr/> (nome completo e carimbo)

Unidade 2:

Local:	Local:
Data:	Data:
<hr/> (nome completo e carimbo)	De acordo: <hr/> (nome completo e carimbo)