

FORMULÁRIO PARA SOLICITAR AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA ACADÊMICA

DADOS DO(A) PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL			
Nome:		CPF:	
Telefone:		E-mail:	
Outros Pesquisadores			
<u>NOME</u>	<u>Email</u>	<u>CONTATO</u>	
1.	1.	1. (51)	
2.	2.	2. (51)	
DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO			
Nome:		Curso:	
<input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialização <i>lato sensu</i> <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado			
DADOS DA PESQUISA			
Nome do(a) Orientador(a):			
E-mail do(a) Orientador(a):			
Título da Pesquisa:			
Unidade:	<input type="checkbox"/> HMGV <input type="checkbox"/> CLISAM	<input type="checkbox"/> UPA Sapucaia do Sul <input type="checkbox"/> Hospital Tramandaí	<input type="checkbox"/> SAMU Sapucaia do Sul <input type="checkbox"/> Regulação Estadual
Setor(es):			
Público-alvo:			
Previsão de Atividades Necessárias para Desenvolvimento da Pesquisa			
<input type="checkbox"/> Entrevista com empregados(as) e/ou gestores		<input type="checkbox"/> Entrevista e/ou aplicação de questionário a pacientes	
<input type="checkbox"/> Acesso ao sistema de informações da FHGV		<input type="checkbox"/> Acesso a dados clínicos via consulta banco de dados	
<input type="checkbox"/> Acesso a documentos físicos institucionais		<input type="checkbox"/> Acesso a prontuários	
<input type="checkbox"/> Pesquisa observacional		<input type="checkbox"/> Outros recursos? Qual(quais)?	
Cronograma de Execução da Pesquisa			
<ul style="list-style-type: none"> • Previsão de início: _____ • Dia(s) da Semana: _____ • Turnos/Horário(s): _____ 			
OBSERVAÇÕES			
Sapucaia do Sul, ____/____/____.		_____ Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável	