**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÕES**

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador responsável: e-mail: Cel:**

**Unidade com a qual possui vínculo: € Pesquisador externo/ não possui vínculo**

**Orientador: e-mail: Cel:**

**Co-autor(es):**

**Finalidade da Pesquisa:**

**( ) Iniciação Científica**

**( ) Trabalho de Conclusão de Curso**

**( ) Mestrado**

**( ) Doutorado**

**( )Pós-Doutorado**

**( ) Patrocinado pela Indústria**

**( ) Outros - especificar............................................................................**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Diretor clínico ou Responsável Técnico Unidade Moema**

**(assinatura e carimbo)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Responsável Técnico / Unidade centro cirúrgico (somente se aplicável)**

 **(assinatura e carimbo)**