**REGISTRO DE PROJETO DE PESQUISA**

|  |
| --- |
| **Título do projeto:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| **Área do conhecimento:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. | **Registro da PRPPG:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. | **Registro da DEPE:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data de início:**01/03/2019 | **Data de término:**01/03/2019 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Professor responsável pelo projeto:**Clique ou toque aqui para inserir o texto.**Telefone:**Clique ou toque aqui para inserir o texto.**E-mail:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. | **Pesquisador:**Clique ou toque aqui para inserir o texto.**Telefone:**Clique ou toque aqui para inserir o texto.**E-mail:**Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

|  |
| --- |
| **Unidade Hospitalar:** |
| [ ] Santa Casa de Caridade de DiamantinaSetores envolvidos:[ ] Bloco Cirúrgico[ ] Clínica Cirúrgica[ ] Clínica Médica[ ] Clínica Neurológica / Clínica Neurocirúrgica[ ] CTI[ ] Farmácia[ ] Hemodiálise[ ] Nutrição / UAN[ ] Pronto Atendimento | [ ] Hospital Nossa Senhora da SaúdeSetores envolvidos:[ ] Arquivo[ ] Maternidade[ ] Ortopedia[ ] Pediatria[ ] Serviço de Controle de Infecção Hospitalar[ ] UTI Neonatal |

|  |  |
| --- | --- |
| **Uso da Diretoria de Ensino Pesquisa e Extensão:** |  |
| Documentos recebidos:[ ] Ofício de encaminhamento[ ] Cópia do projeto[ ] Parecer consubstanciado do CEP | [ ] Aprovado [ ] Submetido aguardando parecer |
| Situação:[ ] Encaminhado para os setores envolvidos para avaliação.[ ] Encaminhado para o(a) Diretor(a) Técnico(a) para avaliação.[ ] Carta de Copartícipe emitida e encaminhada com o projeto ao representante legal da Instituição Concedente para avaliação.[ ] Parecer da instituição comunicado ao proponente. |

|  |
| --- |
| Autorização dos responsáveis pelos setores envolvidos |
| **Setor:** | **Data:** | **Assinatura:** |
|  | **/ /** |  |
|  | **/ /** |  |
|  | **/ /** |  |
|  | **/ /** |  |
|  |
| Autorização do Diretor(a) Técnico(a): |
| **Data:** | **Assinatura:** |  |
| **/ /** |  |  |
|  |
| Autorização do(a) representante legal da Instituição Concedente: |
| **Data:** | **Assinatura:** |  |
| **/ /** |  |  |