



Superintendência de Educação em Saúde

FORMULÁRIO DO PESQUISADOR
PESQUISA A SER SUBMETIDA À APRECIÇÃO PARA SER REALIZADA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
FLUXO BASEADO NA RESOLUÇÃO SES/RJ N° 2.361/2021
OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS*

Nome do (a) pesquisador (a) principal:			
Endereço para correspondência:			
CEP:	Cidade:	Estado:	
Telefone: ()	Celular: ()		
RG:	CPF:		
E-mail pesquisador principal:			
E-mail Orientador do estudo (quando houver):			
Título da pesquisa:			
Instituição Proponente:			
Instituições co-participantes:			
Precisa de informação/Banco de dados fornecido pela SES-RJ: () Sim () Não			
Especifique a Informação / Banco de Dados da SES/RJ a ser pesquisada:			
Serão realizadas entrevistas?			
Período previsto para realização da pesquisa: / / a / /			
Assinatura do (a) pesquisador(a) principal do estudo:			
(ID institucional ou carimbo da instituição proponente)			