|  |  |
| --- | --- |
| **UNICAMP** | **COMISSÃO DE PESQUISA****Departamento de Tocoginecologia – CAISM/UNICAMP**R. Alexander Fleming, 101 -Cidade Universitária Zeferino Vaz - Campinas - SP - CEP: 13083-880 Fone: (019) 3521-9518 - E-mail: dtgpesq@fcm.unicamp.br |

**CHECKLIST PARA APRESENTAÇÃO DE RELATOS DE CASO À COMISSÃO DE PESQUISA**

**Atenção aluno/pesquisador e orientador**: antes de entregar o exemplar à secretaria da Comissão de Pesquisa, verifique os itens que devem ser contemplados, para que não seja necessário proceder à sua reformulação.

**ATENÇÃO:** Entregar esse formulário preenchido junto com o Relato de Caso, com uso de “x” na coluna do “pesquisador” para assinalar os itens que foram checados.

|  |  |
| --- | --- |
| ALUNO/PESQUISADOR |  |
| ORIENTADOR |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ITENS** | **CHECAGEM QUANTO AOS ITENS** |
| **PESQUISADOR** | **COMISSÃO** | **COMENTÁRIOS** |
| **Relato de caso** – **versão impressa** deve conter as seguintes informações de **cada pesquisador**: |  |  |  |
| * Nome completo
 |  |  |  |
| * Formação acadêmica
 |  |  |  |
| * Função
 |  |  |  |
| * Local de trabalho
 |  |  |  |
| * Telefone para contato
 |  |  |  |
| * E-mail
 |  |  |  |
| * Link do currículo LATTES
 |  |  |  |
| Assinatura de cada pesquisador |  |  |  |
| Assinatura do orientador |  |  |  |
| Assinatura do responsável pela Área onde o caso foi acompanhado |  |  |  |
| Mês e ano de apresentação à Comissão de Pesquisa |  |  |  |
| Especificação da finalidade: Relato de Caso |  |  |  |
| Confirmação de que a versão impressa é a mesma que foi enviada em formato PDF, por e-mail |  |  |  |
| Estrutura do relato de caso: seguir modelo da revista/evento ou modelo da Comissão de Pesquisa (vide site da Comissão de Pesquisa).  |  |  |  |
| TCLE assinado pelo participante ou responsável |  |  |  |

**ASSINATURA DO PESQUISADOR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_