São Paulo, **(dia)** de **(mês)** de **(ano).**

**CARTA DE INTENÇÃO**

**PROJETO DE PESQUISA**

Eu, ***(Nome completo),*** **(informar se é médico ou médico residente e CRM, se é acadêmico ou outro profissional da saúde)** venho por meio desta solicitar autorização para realização de pesquisa e/ou estudo de caso em sua estimada instituição **(informar o nome do hospital)**.

Minha formação acadêmica inclui ***(informar todos os dados da graduação e/ou pós-graduação presentes em sua trajetória profissional).***

Tenho interesse em incluir pacientes ***(mencionar se é pesquisa ou estudo de caso)****,* para que possa atingir bons resultados e evidências científicas.

O objetivo é ***(detalhar objetivos).***

O grupo de participantes a ser selecionado é ***(detalhar população escolhida, descrever o cenário e os principais desafios/motivos para a realização desta pesquisa/estudo).***

***(Mencione outros dados ou informações que julgar relevante).***

Estou disponível para compartilhar outras informações caso julgue necessário.

Cordialmente,

***(Nome completo)***

***(CPF)***

***Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**PARECER DA GERÊNCIA EXECUTIVA**

**SITUAÇÃO: ( ) APROVADO ( ) REPROVADO**

**DATA: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_**

**ASSINATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**