|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE RECEITA** | **RECEBIDO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |

**Observação:** somente docentes, professores visitantes, pós-doutorandos e técnicos de nível superior com doutorado da UERJ poderão constar como pesquisador responsável neste formulário.

**1. TÍTULO DO PROJETO**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Número do protocolo do projeto no CEUA-UERJ: |  |
| Validade do protocolo: |  |

**2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo |  |
| Instituição |  |
| Unidade |  |
| Departamento |  |
| Laboratório |  |
| Telefone |  |
| E-mail |  |

**Vínculo com a instituição:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Docente permanente |  | Professor Visitante |  |
| Pós-doutor |  | Técnico de nível superior |  |

**3. ANIMAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Espécie (nome vulgar, se existir) |  |

**4. FÁRMACO SOLICITADO**

Utilize esta tabela abaixo para o preenchimento de UM ( 1 ) fármaco. Copie, cole e preencha a tabela, quantas vezes forem necessárias, até que todos os fármacos sejam contemplados.

|  |  |
| --- | --- |
| Fármaco |  |
| Quantidade |  |
| Dose (UI ou mg/kg) |  |
| Via de administração |  |

**5. ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

|  |
| --- |
| Data: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |