



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO  
PARA PUBLICAÇÃO ELETRÔNICA DE DISSERTAÇÕES**

**Dados do autor, orientador e coorientador**

Nome do Autor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nome do Orientador: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Nome do CoOrientador: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

**Identificação do documento:**

**Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde**

**Título:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Permissão de acesso ao documento**

A divulgação do documento digital é uma exigência da CAPES - Portaria nº13, de 15/02/2006.

Autorizo disponibilizar o resumo a partir da data da assinatura abaixo e o acesso ao documento na íntegra a partir de:

( ) 12 meses      ( ) 18 meses      ( ) 24 meses

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação citada acima, de acordo com a Lei nº 9610/98<sup>1</sup>, autorizo a Faculdade de Medicina de Marília a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, conforme permissões contidas neste, o documento, em meio eletrônico, na Rede Mundial de Computadores, em formato PDF, para fins de leitura, impressão e/ou download pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Faculdade de Medicina de Marília.

Marília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura do Autor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Orientador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Coorientador: \_\_\_\_\_

1 Lei de Direitos Autorais