TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

**FISIOTERAPIA**

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador:**

**Orientador e/ou Co-orientador**:

**Assistente de pesquisa e/ou Equipe da pesquisa**:

**Aplicação da pesquisa**: TCC( ) Mestrado( ) Doutorado( ) TCR( ) outros( )

**Se outros, especificar**:

**Pesquisa com**: pacientes( ) acompanhantes( ) fisioterapeutas( ) prontuários( ) outros( ).

**Instrumento de coleta**: questionário( ) ficha de coleta( ) gravação de voz( ) filmagem( ) fotografia( ) outros( ).

**Se outros, especificar:**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Coordenadora do Setor de **FISIOTERAPIA** do Hospital de Câncer de Pernambuco, estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa acima detalhada, **com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCP/PE, conforme resolução 466/12.ou 510/16.**

Recife, / / 2019

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(carimbo e assinatura do coordenador de setor)

**OBS: ESTE É UM MODELO PADRÃO, O PESQUISADOR DEVE LER ATENTAMENTE A RESOLUÇÃO nº466/12 ou 510/16 PARA ENTENDER E SABER QUAL SERÁ SUBMETIDA PARA SUA PESQUISA.**