**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**CABEÇA E PESCOÇO**

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador:**

**Orientador:**.....(se tiver)

**Assistente de pesquisa:**.......(se tiver)

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

**Se outros, especificar:**

**Pesquisa com**: pacientes( ) enfermeiros( ) técnicos( ) acompanhantes( ) prontuários( ) outros( ).

**Se outros, especificar:**

**Instrumento da coleta**: questionário( ) gravação de voz( ) filmagem( ) fotografia( ) material biológico( ) outros( ).

**Se outros, especificar:**

**Se material biológico, responder:**

Responsável pela coleta do material:

Para onde será levado o material:

**Aplicação de componentes**: sim ( ) não ( )

**Qual?:**

Eu, Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Coordenador do Setor de **CABEÇA E** **PESCOÇO** 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 nº.:**....(especificar Resolução correta).

Recife,\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_.

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

(carimbo e assinatura do Coordenador de Setor)