**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**CIRURGIA GERAL**

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador:**

**Assistente de pesquisa: (se houver)**

**Orientador: (se houver)**

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

**Se outros, especificar:**

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

**Se outros, especificar:**

**Tipo de pesquisa: questionário( ) gravação de voz( ) filmagem( ) fotografia( ) outros**

**Se outros, especificar:**

**Coleta de material biológico: sim( ) não( )**

**Responsável pela coleta de material:**

**Para onde será levado o material:**

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

**Qual:**

Eu, Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Coordenador do Setor de **CIRURGIA GERAL** 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**: .......(informar Resolução correta).

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

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

(carimbo e assinatura do Coordenador de Setor)