**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**FISIOTERAPIA**

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador:**

**Orientador**: (se houver)

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

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

**Se outros, especificar**:

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

**Se outros, especificar:**

**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 nº:.........**(informar Resolução correta).

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

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

(carimbo e assinatura do Coordenador de Setor)