**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**MASTOLOGIA**

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

**Se outros, especificar:**

**Instrumento de coleta**: 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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coordenadora do Setor de **MASTOLOGIA** 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)