**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**ODONTOLOGIA**

**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( ) prontuários( ) Dentistas( ) 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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coordenador do Setor de **ODONTOLOGIA** 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)