**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**PATOLOGIA**

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador:**

**Orientador:**....(se houver)

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

**E-mail e telefone de contato do pesquisador:**

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

**Se outros, especificar**:

**Pesquisa com**: pacientes( ) lâmina( ) bloco( ) biópsia( ) material biológico( ) outros( ).

**Se outros, especificar:**

**Material vai para pesquisa externa**: sim( ) não( )

**Local para onde irá o material:**

**Responsável pela coleta:**

**Prazo de retorno do material:**

**Laboratório responsável:**

**Instrumento da coleta ESPECIFICAR**:

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

**Qual:**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coordenador do Setor de **PATOLOGIA** 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).

**Eu, pesquisador acima, assumo compromisso da devolução e integridade do material cedido conforme data informada. Ficando uma via deste Termo na Patologia e outra no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Pernambuco. Fica também acordado em especificar explicitamente no trabalho a origem do material histopatológico e ao término da pesquisa, enviar cópias das publicações e apresentar os resultados presencialmente ao Corpo Clínico do Hospital de Câncer de Pernambuco.**

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

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

(carimbo e assinatura do Coordenador de Setor)

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

(carimbo e assinatura do Pesquisador)