**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**PEDIATRIA**

**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( ) técnicos( ) outros( )

**Se outros especificar**:

**Instrumento de coleta**: questionário( ) gravação de voz( ) filmagem( ) fotografia( ) outros( )

**Se outros especificar**:

**Se material biológico, responder:**

**Responsável pela coleta do material:**

**Para onde será levado o material:**

**Aplicação de componente? Sim( ) Não( )**

**Qual**?

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coordenador do Setor de **PEDIATRIA** 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 CEP/HCP, conforme a **Resolução nº**.:....(informar Resolução correta)

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

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

(Carimbo e assinatura do Coordenador de Setor)