**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**RADIOTERAPIA**

**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( ) enfermeiros( )

**Tipo de pesquisa:** 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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Coordenador do Setor de **RADIOTERAPIA** 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)