**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**SERVIÇO SOCIAL**

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador:**

**Orientador:**...(se tiver)

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

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

**Se outros, especificar:**

**Pesquisa com**: pacientes( ) acompanhantes( ) Assistentes Sociais( ) prontuários( ) outros( ).

**Se outros, especificar:**

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

**Se outros, especificar:**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coordenadora do Setor de **SERVIÇO SOCIAL** 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)