**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**NÚCLEO DE ATENDIMENTO**

**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( ) outros( )**

**Se outros, especificar:**

**Tipo de pesquisa: questionário( ) gravação de voz( ) filmagem( ) fotografia( ) outros**

**Se outros, especificar**:

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Gerente do Setor de **NÚCLEO DE** **ATENDIMENTO** 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 Gerente de Setor ou pessoa delegada )