**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**NÚCLEO DE ATENDIMENTO**

Título da pesquisa:

Pesquisador:

Assistente de pesquisa e/ou Equipe de pesquisa:

Orientador e/ou Co-orientador:

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 nº466/12 ou 510/16.**

Recife, / / 2019

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

(carimbo e assinatura do Coordenador de Setor)

**OBS: ESTE É UM MODELO PADRÃO DO CEP/HCP O PESQUISADOR DEVE LER ATENTAMENTE AS RESOLUÇÕES Nº 466/12, Nº510/16 E SUAS COMPLEMENTARES para adequar os termos da sua pesquisa a resolução correta.**