**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**SETOR: especificar o setor conforme lista abaixo**

**Setores: (**Cabeça e Pescoço, Mastologia, Ortopedia, Pélvis, Odontologia, Urologia, Oncologia Geral, Cirurgia Geral, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Hematologia, Nutrição, Odontologia, Pediatria, Enfermagem, Psicologia, Uti, Radioterapia, Serviço Social).

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador:**

**Assistente ou Equipe de pesquisa:**(se tiver, informar nome completo)

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

**Se outros, especificar:**

**Pesquisa com**: pacientes( ) enfermeiros( ) técnicos( ) acompanhantes( ) prontuários( ) outros( ).

**Se outros, especificar:**

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

**Se outros, especificar:**

**Se material biológico, responder:**

Responsável pela coleta do material:

Para onde será levado o material:

**Aplicação de componentes**: sim ( ) não ( )

**Qual?:**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , **Coordenador/Gerente** do Setor de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do Hospital de Câncer de Pernambuco, estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa acima detalhada, informo que **li o** **Projeto e/ou fui esclarecido sobre o mesmo**. Sendo sua inicialização, após aprovação do CEP/HCP e em conformidade com a Resolução nº.:(especificar Resolução correta).

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

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

**(carimbo e assinatura do Coordenador de Setor)**

**OBS:**

Projetos de TCC o ORIENTADOR será o pesquisador principal e o aluno ASSISTENTE da pesquisa. Para demais projetos de: TCR, MESTRADO e DOUTORADO, o ORIENTADOR fica com ASSISTENTE da pesquisa.

**SAIBA:**

Assistente: pode preencher, submeter e acompanhar o projeto na PB.

Equipe: participa do desenvolvimento da pesquisa e coleta de dados.