**TERMO DE AUTORIZAÇÃO SUPERINTENDÊNCIA TÉCNICA**

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador:**

**Assistente OU Equipe:(**se houver, informar nome completo**)**

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

**Se outros, especificar:**

**Pesquisa com: pacientes( ) enfermeiros( ) técnicos( ) acompanhantes( ) prontuários( ) médicos( ) outras categorias( ).**

**Se, outras categorias informar:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Instrumento da coleta: questionário( ) ficha de coleta( )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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **Superintendente Técnico** do Hospital de Câncer de Pernambuco, estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa acima detalhada, onde informo que **li o** **Projeto e/ou fui esclarecido sobre o mesmo**. Para que não venha ser gerado conflito de interesse, fico ciente e responsável pela autorização de inicialização da pesquisa, após aprovação do CEP/HCP e em conformidade com a Resolução nº.:(especificar Resolução correta).

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(carimbo e assinatura do Superintendente Técnico)**

**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.