**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**PEDIATRIA**

**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( ) técnicos( ) outros( )

**Se outros especificar**:

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

**Se outros especificar**:

Se material biológico, responder:

Responsável pela coleta do material:

Para onde será levado o material:

Aplicação de componente? Sim( ) Não( )

Qual?

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coordenador do Setor de **PEDIATRIA** 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 CEP/HCP, conforme a Resolução nº **466/12** 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.**