**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**FARMÁCIA**

**Título da Pesquisa:**

**Pesquisador:**

**Assistente de Pesquisa e/ou Equipe de Pesquisa:**

**Orientador e/ou Co-orientador**:

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

**Se outros, especificar**:

**Pesquisa com**: prontuários( ) pacientes( ) acompanhantes( ) farmacêuticos( ) técnicos( ) outros( )

**Se outros, especificar**:

**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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coordenador do Setor de **FARMÁCIA** 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 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.**