**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO RHC PARA PESQUISA**.

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador**:

**Assistente de pesquisa e/ou Equipe de pesquisa (se houver):**

**Orientador e/ou Co-orientador (se houver):**

**Aplicação da pesquisa é referente**: TCC( ) Mestrado( ) Doutorado( ) TCR( ) Outros( )

**Se outros, especificar:**

**Informar período que deseja a coleta de informações**: (Ex: Ano 2000 até 2002)

**CID**.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaramos para os devidos fins, que cederemos ao pesquisador acima, o acesso aos dados de número do registro de todos os pacientes para serem utilizados na pesquisa, referente ao período informado. Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução CNS nº**466/12** ou **510/16** e suas complementares, comprometendo-se o mesmo a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente **aprovado**, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital de Câncer de Pernambuco, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

(assinatura e carimbo do Coordenador do RHC)

**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.**