**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**NUTRIÇÃO**

Título da pesquisa:

Pesquisador:

Orientador e/ou Co-orientador:

Assistente de pesquisa e/ou Equipe da pesquisa:

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

Se outros, especificar:

Pesquisa com: pacientes( ) acompanhantes( ) prontuários( ) nutricionistas( ).

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,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coordenadora Clínica do Setor de **NUTRIÇÃO** 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 nº466/12 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.**