**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**NUTRIÇÃO**

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador:**

**Orientador:**....(se houver)

**Assistentes de pesquisa:**....(se houver)

**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 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 nº.:**....(informar Resolução correta).

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

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

(carimbo e assinatura do Coordenador de Setor)