**OBRIGATÓRIO TIMBRE DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

# *Termo de Compromisso de Utilização de Dados*

*UTILIZE ESTE MODELO E ADAPTE-O ÀS PECULIARIDADES DE SEU PROJETO.*

Eu (Nós), abaixo assinado(s), pesquisadores envolvidos no projeto de título: , me(nos) compromet(o) (emos) a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do , bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam as boas práticas clínicas (GCP) e a Res. 466/2012 do Ministério da Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a ., *(citar o objeto da coleta, por exemplo: cirurgias ortopédicas)* ocorridos entre as datas de: *(Especificar o período relativo à ocorrência dos eventos, por exemplo: entre maio de 2016 e maio de 2017).* Concordam, e assumem a responsabilidade, de que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometem-se ainda a fazer divulgação das informações coletadas somente de forma anônima.

São José do Rio Preto, , de ,de 20XX.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome do Pesquisador** | **CPF** | **Assinatura** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*TODOS OS PESQUISADORES (todos pertencentes a equipe do estudo e que poderão estar presentes na publicação) QUE TERÃO ACESSO AOS DOCUMENTOS DO ARQUIVO DEVERÃO TER O SEU NOME e CPF INFORMADO E TAMBÉM DEVERÃO ASSINAR ESTE TERMO.*