

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD

Obs.: Os dados em vermelho deverão ser preenchidos pelo(a) pesquisador(a)

Eu **NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL** (pesquisador responsável) e **NOME DO(S) PESQUISADOR(ES) PARTICIPANTE(S)** (pesquisador(es) participantes(es)) abaixo assinado(s), pesquisador(es) envolvido(s) no projeto de título: “**TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA**”, me (nos) comprometo (emos) a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) do(a) **NOME DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo (amos) que os dados a serem coletados dizem respeito à **(citar o objeto da coleta, por exemplo: casos de dengue)** ocorridos entre as datas de: **(especificar o período relativo à ocorrência dos eventos, por exemplo: entre janeiro de 2010 e janeiro de 2015)**.

Caxias, ____ de _____ de 20____.

Nome do Pesquisador	RG	Assinatura
NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	0.000.000 SSP/MA	
NOME DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	0.000.000 SSP/MA	
NOME DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	0.000.000 SSP/MA	
NOME DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	0.000.000 SSP/MA	

Observação Importante:

TODOS OS PESQUISADORES QUE TERÃO ACESSO AOS DOCUMENTOS DO ARQUIVO DEVERÃO TER O SEU NOME e RG INFORMADO E TAMBÉM DEVERÃO ASSINAR ESTE TERMO. SERÁ VEDADO O ACESSO AOS DOCUMENTOS A PESSOAS CUJO NOME E ASSINATURA NÃO CONSTAREM NESTE DOCUMENTO.

MODELO