

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS (TCUD)

Título do projeto ou Relato de Caso:

Pesquisador responsável:

Setor/departamento:

Instituição:

Telefone para contato:

Os autores do projeto de pesquisa comprometem-se a manter o sigilo dos dados coletados em prontuários e banco de dados referentes a pacientes atendidos no(a) _____ (local de realização/atendimento). Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes.

Declararam que irão cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas nas Resoluções 466/2012, 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Santa Fé do Sul - SP, ____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador responsável
CPF

Assinatura do participante da equipe
CPF

Assinatura do responsável pelo Banco de Dados/Prontuários
Cargo/Função CPF