TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD

Eu, **XXXXXXXXXXXXXXXX**, pesquisador(a) responsável pelo projeto de título: "**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**", comprometo-me a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos prontuários dos pacientes submetidos a **(nome do procedimento ou doença que será estudado)**, no serviço de **XXXXXXXX** do Hospital/Clínica **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, entre **(período da pesquisa, ou de levantamento dos dados)**, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Juiz de Fora, **XX** de **XXXXXXX** de 20**XX**.

_____

Nome do pesquisador responsável (carimbo e assinatura)

Eu **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, responsável pela guarda dos prontuários do Hospital/Clínica **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, autorizo a realização da pesquisa no banco de dados da instituição para a realização do trabalho intitulado **XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**.

Juiz de Fora, **XX** de **XXXXXXX** de 20**XX**.

_____

Nome do responsável pela guarda dos prontuários (carimbo e assinatura)