**Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**



Instruções de preenchimento

* Obrigatório para pesquisa que utilizam e coletam informações em banco de dados, prontuários médicos ou odontológicos.
* Adapte o modelo conforme às peculiaridades de seu projeto, substituindo as partes em vermelho.
* Todos os pesquisadores que terão acesso aos documentos do arquivo deverão ter o seu nome e R.G. informado, e também deverão assinar este termo. Será vedado o acesso aos documentos a pessoas cujo nome e assinatura não constarem no documento.
* Não é necessário colher a assinatura dos responsáveis pelos bancos de dados na submissão, porém é necessário apresenta quando na coleta de dados.
* Esta folha de instruções deve ser removida da versão que será postada na Plataforma Brasil, permanecendo apenas o modelo do documento abaixo.

Versão 2.0/2015

**Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**

**Eu (Nós)**, abaixo assinado(s), pesquisadores envolvidos no projeto de título **(informar o título do projeto)**, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do **local do banco ou instituição de coleta**, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução. 466/12 do Conselho Nacional de 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 2001 e maio de 2007)**.

Cidade, dia, mês de ano.

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome completo** | **CPF** | **Assinatura** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |