**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 (nos)** comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do **(informar o local do banco ou instituição de coleta)**, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e as Resoluções 466/12 e 510/16, 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 2018 e maio de 2019)**.

Cidade, dia, mês e ano.

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados: (obrigatório constar os nomes de todos os pesquisadores envolvidos, o CPF de todos e a assinatura de todos):

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