(Pesquisador (Orientador): preencha os campos abaixo – antes submeter ao CEP retire tudo que estiver em vermelho e certifique-se que a paginação segue o formado “1 de 3”, “2 de 3”, etc.

Os documentos para assinatura deverão estar **acompanhados do Projeto de Pesquisa na íntegra**.

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

Instruções de preenchimento

* Obrigatório para pesquisa que utilizam e coletam informações em banco de dados de instituições, prontuários médicos ou odontológicos, excetuando os bancos de dados de acesso público (ex: dados agregados e dados disponíveis pela Lei de acesso à informação).
* Adapte o modelo conforme as particularidades de seu projeto, substituindo as partes em vermelho.
* Todos os pesquisadores que terão acesso aos documentos do arquivo deverão informar o seu nome e seu registro de identidade (R.G.), e assinar este termo. Será vedado o acesso aos documentos a pessoas cujo nome e assinatura não constarem no documento.
* A anuência, ou modelo de carta de anuência, de acesso aos bancos de dados deve ser apresentada na submissão à Plataforma Brasil. As assinaturas dos responsáveis dos bancos de dados devem ser obrigatoriamente apresentadas na coleta de dados.
* As páginas devem ser enumeradas e uma via deste termo deve ser entregue à Instituição e outra ficar de posse do pesquisador responsável.
* Esta folha de instruções deve ser removida da versão que será postada na Plataforma Brasil, permanecendo apenas o modelo do documento abaixo.

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

1. **Identificação dos membros do grupo de pesquisa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome completo (sem abreviação)** | **RG** | **Assinatura** |
| (informe todos os membros que participaram da pesquisa. Insira ou delete as linhas conforme necessário. Não deixe linhas em branco) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Identificação da pesquisa**
2. Título do Projeto: (coloque o mesmo título de pesquisa que será registrado na plataforma Brasil)
3. Faculdade/Curso/departamento: (escreva a mesma informação que foi utilizado no cadastro do CEP)
4. Pesquisador Responsável: (Colocar o nome completo do pesquisador responsável cadastrado na Plataforma Brasil)
5. Endereço do pesquisador responsável: (colocar o endereço completo do pesquisador, incluindo telefone, email e outras formas de comunicação – Pode utilizar o endereço profissional ou acadêmico)
6. **Descrição dos Dados**

São dados a serem coletados somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Centro Universitário Padre Albino – CEP-UNIFIPA e (comitês de ética coparticipantes, se aplicável): citar, o objeto da coleta, por exemplo: cirurgias ortopédicas registrados no período de: (especificar o período relativo à ocorrência dos eventos, por exemplo: entre maio de 2001 e maio de 2007).

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contactado o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFIPA (CEP/UNIFIPA): Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UNIFIPA - Centro Universitário Padre Albino – Fundação “Padre Albino” - Rua dos Estudantes, 225 – Catanduva – SP – 15.809-144 – Fone (17) 3311-3331; e-mail: cep@unifipa.com.br

1. **Declaração dos pesquisadores**

Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem 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 a Resolução 466/12, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP/UNIFIPA.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

Local, data.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo (sem abreviação)** (Insira ou delete as linhas conforme necessário. Não deixe linhas em branco) | **Assinatura** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Autorização da Instituição**

 Declaramos para os devidos fins, que cederemos aos pesquisadores apresentados neste termo, o acesso aos dados solicitados para serem utilizados nesta pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) a utilizar os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Local, data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dr. Luis Fernando Colla da Silva**

Diretor Técnico

Hospital Padre Albino - HPA

Hospital-Escola Emílio Carlos – HEEC

Os documentos para assinatura do Dr. Luis Fernando Colla da Silva, deverão ser entregues **pessoalmente no setor administrativo do HPA**, primeiro andar, à secretária. Os documentos para assinatura deverão estar **acompanhados do Projeto de Pesquisa na íntegra**.