**Termo de Compromisso de Utilização de Dados - TCUD**

Instruções de preenchimento:

* Obrigatório para Pesquisas que utilizam e coletam informações em Banco de Dados e Prontuários Médicos;
* 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. informados 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 apresentar 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.

**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS - TCUD**

**Eu (nós)**, abaixo assinado(s), Pesquisador(es) envolvido(s) no Projeto de título **(informar o título do Projeto)**, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do Hospital Marcelino Champagnat, 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 objetivo da coleta, por exemplo: cirurgias ortopédicas** ocorridos entre as datas de: **(especificar o período relativo à ocorrência dos eventos, por exemplo: entre maio de 2014 e maio de 2015)**.

Curitiba, dia, mês e ano.

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados:

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