Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos - Humanitas

Termo de Compromisso de Utilização de Dados - TCUD

Eu, xxxxxxxxxxx, pesquisador(a) responsável pelo projeto de título: “xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx”, comprometo-me a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos prontuários dos pacientes adultos submetidos a (nome do procedimento ou doença que será estudada), no serviço de XXXXXXXX do Hospital XXXXXXXXXXXXXXXXXXX, 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 Ministério da Saúde.

São José dos Campos, XX de XXXXXXX de 20XX.

_____

Nome do pesquisador responsável (carimbo e assinatura)

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

_____

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