­

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Unidade/Órgão ou Curso Vinculado ao Projeto* | *Logo da Unidade/órgão ou curso vinculado* |

## TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

*(Modelo de termo de compromisso do pesquisador para utilização de dados e preservação do material com informações sobre os sujeitos)*

**Título do projeto**:

**Pesquisador responsável:**

**Instituição/Departamento:**

**Telefone para contato:**

**Local da coleta de dados**:

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados............ *[em prontuários e bases de dados, através de gravação, filmagem- especificar conforme o caso]* da *(Clínica ou local)* ........................ Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no (a)...........*(local onde serão armazenados os dados)* por um período de.......... *(meses/anos)* sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) ..........Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICRUZ em ...../....../......., com o número do CAAE .........................

Cruz Alta, .............de ............................de 20......

.........................................................................

[Nome, CI, Registro Profissional (se houver) e assinatura do pesquisador responsável]