

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Título da Pesquisa:

Pesquisador (a) Responsável:

Instituição:

Telefone e e-mail de contato:

Eu, pesquisador responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** e em suas complementares.

Assumo o compromisso de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações coletadas do(s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Assumo ainda neste termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam.

Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública (CEPS/ESP/RS)**, pelo que assino o presente termo.

Porto Alegre, ____/____/____.

Pesquisador responsável

Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública (CEPS/ESP/RS)
Av. Ipiranga, 6311, sala 26 - Bairro Partenon. CEP 90.610-001- POA-RS
Fone: (51) 3901.1532 - Email: ceps-esp@saude.rs.gov.br