#####

##### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

**Pesquisador Responsável:**

**Endereço:**

**CEP: .................. / Bauru – SP**

**Fone: (14) ...............**

**E-mail: ........**

Eu **(NOME DO PESQUISADOR),** responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **(TITULO DA PESQUISA)**, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

**Declaro:**

1. Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa cientifica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
2. Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
3. Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização.
4. Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
5. Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para confidencialidades dos dados de pesquisa;
6. Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
7. Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

**Nome e assinatura**

Pesquisador responsável

Bauru \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.