**Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**

**Instruções de preenchimento**

* Obrigatório para pesquisa que utilizam e coletam informações em banco de dados de instituições, prontuários médicos ou odontológicos, Clínicas de Fisioterapia, Nutrição, excetuando os bancos de dados de acesso público (ex: dados agregados e dados disponíveis pela Lei de acesso à informação).
* Adapte o modelo conforme as particularidades de seu projeto, substituindo as partes em vermelho.
* Todos os pesquisadores que terão acesso aos documentos do arquivo deverão informar o seu nome, seu registro de identidade, CPF e assinar o termo.
* A anuência de acesso aos bancos de dados deve ser apresentada na submissão à Plataforma Brasil. As assinaturas dos responsáveis dos bancos de dados devem ser obrigatoriamente apresentadas na coleta de dados.
* As páginas devem ser enumeradas e uma via deste termo deve ser entregue à Instituição e outra ficar de posse do pesquisador responsável.
* **RETIRAR ESTA FOLHA DE INSTRUÇÕES QUANDO SUBMETER SEU PROJETO À** Plataforma Brasil, permanecendo apenas o modelo do documento abaixo.

**Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**

1. **Identificação dos membros do grupo de pesquisa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome completo (sem abreviação)** | **RG** | **CPF** | **Assinatura** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Identificação da pesquisa**

a) Título do Projeto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) Escola /Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Descrição dos Dados**

São dados a serem coletados somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (CEP USCS): **citar o objeto de coleta: tratamento fisioterapêutico** registrados no período de: **especificar o período para coleta de dados. Por exemplo, de maio de 2020 a agosto de 2020.**

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contatado o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (CEP USCS): Rua Santo Antônio, 50, 2º. Andar – Centro – São Caetano do Sul – SP. CEP: 09521-160. Telefone (11) 42393282. e-mail: cep.uscs@adm.uscs.edu.br

1. **Declaração dos pesquisadores**

Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do **local do banco ou instituição de coleta**, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam a Resolução 466/12 **(Trabalhos na área de Humanas devem citar a Resolução 510/16)**, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP USCS.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

**Local, data.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo (sem abreviação)** | **Assinatura** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Autorização da Instituição**

 Declaramos para os devidos fins, que cederemos aos pesquisadores apresentados neste termo, o acesso aos dados solicitados para serem utilizados nesta pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 (**510/16, caso seja pesquisa na área de Humanas**) e suas complementares, comprometendo-se **o(a)** mesmo**(a)** a utilizar os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados **o/a pesquisador/a** deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

**Local, data.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome legível/assinatura e carimbo do responsável pela anuência da Instituição**