**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE PARA USO DE BANCO DE DADOS E PRONTUÁRIOS**

Protocolo: “escrever o título do estudo”

Pesquisador Responsável: “nome”.

Conforme estipulado na Resolução 466/12 CNS/MS, venho por meio desta, declarar que estou comprometido a manter o sigilo dos dados coletados em prontuários e banco de dados referentes à pacientes atendidos no (a) (LOCAL DE REALIZAÇÃO/ATENDIMENTO) ou outras informações institucionais (DESCREVER QUAIS E DE ONDE SERÃO RETIRADAS) e em casos de publicação, assegurar o sigilo.

Caxias do Sul, \_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_.

Pesquisadores Envolvidos:

Nome Completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_