**TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto:** Clique aqui para digitar texto.

**Pesquisador responsável:** Clique aqui para digitar texto.

**Instituição/Departamento de origem do pesquisador:** Clique aqui para digitar texto.

**Telefone para contato:** Clique aqui para digitar texto.

**E-mail:** Clique aqui para digitar texto.

**Pesquisador associado:** Clique aqui para digitar texto.

**Ramal para contato:** Clique aqui para digitar texto.

O(s) pesquisador (es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

* Inicar a pesquisa somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP e CEP coparticipanete (se necessário);
* Enviar cópia do parecer consubstanciado de aprovação aos setores envolvidos na pesquisa e à Coordenação do CEPT;
* Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados (informações de prontuários e/ou materiais biológicos) serão estudados;
* Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
* Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa;
* Responder ao Relatório de Acompanhamento de Pesquisa do CEPT sempre que solicitado;
* Encaminhar relatório parcial e final ao CEP;
* Citar o Centro de Ensino, Pesquisa e Treinamento da Rede Ímpar – Regional Brasília em qualquer publicação ou evento científico em que os resultados do projeto em questão sejam divulgados ou utilizados, incluindo a logomarca da Rede nos pôsteres ou trabalhos apresentados;
* Encaminhar ao CEPT, pelo e-mail cet.hbr@hobra.com.br qualquer publicação ou certificado de apresentação em evento científico em que os resultados do projeto em questão sejam divulgados ou utilizados.

O(s) pesquisador(es) declara(m) que os dados coletados nesta pesquisa *(gravações? Entrevistas? dados dos prontuários físicos e eletrônicos?, etc)*, ficarão armazenados *em (pastas de arquivo? computador pessoal?)*, sob a responsabilidade do (pesquisador? orientador?), no endereço *(colocar o endereço do local)*, pelo período mínimo de 5 anos.

O(s) Pesquisador(es) declara(m), ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal.

Brasília, Clique aqui para inserir uma data.

Pesquisador responsável

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

Nome e carimbo

Pesquisador associado

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

Nome e carimbo