**INSERIR LOGOTIPO DE SUA INSTITUIÇÃO, SE FOR O CASO**

INSERIR DATA COM MÊS E ANO

**TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS**

Nós, INSERIR NOME DE TODOS OS PARTICIPANTES DA PESQUISA PESQUISADOR, pesquisadores colaboradores da pesquisa intitulada “ NOME DA PESQUISA”, declaramos que conhecemos e cumpriremos as normas vigentes expressas na **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012** **e suas complementares** do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Assumimos mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas no(s) INSERIR A FORMA PELA QUAL OS DADOS SERÃO OBTIDOS, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos dados de forma a proteger os participantes da pesquisa.

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

INSERIR NOME COMPLETO

INSERIR NÚMERO REGISTRO PROFISSIONAL / IDENTIDADE / CPF