**TERMO DE SIGILO, CONFIDENCIALIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Este documento deve ser editado conforme os parâmetros da pesquisa proposta. Os campos destacados em amarelo são para orientação de preenchimento, e não devem ser mantidos, inclusive este.

Eu, [nome do pesquisador], portador(a) do CPF nº [número], vinculado à [Nome da Universidade/Instituição], pesquisador responsável pelo projeto intitulado “[Título do projeto]”, pelo presente Termo, declaro ter ciência da [Portaria n. 32 de 13 de janeiro de 2025/SES/SC](https://portal.doe.sea.sc.gov.br/v200/#/portal/edicao/3898/materia/1052706) e das normas de ética em pesquisa com seres humanos vigentes no país, concordo e comprometo-me a:

I. cumprir as diretrizes estabelecidas por esta legislação e as normativas pertinentes ao estudo e pesquisas científicas;

II. manter sigilo acerca de todos os dados, informações científicas e materiais obtidos através das unidades da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam a Resolução 466/2012, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde e, as Leis nº 14.874/2024 e nº 13.709/2018;

III. não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe de pesquisa;

IV. utilizar os dados somente neste projeto e que todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado será objeto de novo projeto de pesquisa e submetido à nova Anuência Institucional;

V. apresentar e disponibilizar os resultados da pesquisa e, caso seja produzida, a publicação científica decorrente da pesquisa.

Declaro-me ciente da responsabilidade pela integridade das informações e a garantia da confidencialidade e que, o descumprimento do presente termo incorrerá em prejuízo para a continuidade da pesquisa na instituição.

Declaram ainda que:

( ) o pesquisador responsável e/ou ( ) os membros da equipe não possuem conflito de interesses para a realização dessa pesquisa;

( ) o pesquisador responsável e/ou ( ) os membros da equipe possuem conflito de interesses para a realização dessa pesquisa. O conflito de interesses está relacionado a declarar qual o conflito de interesses.

[Cidade/UF], [dia] de [mês] de [ano].

| **Equipe de Pesquisa** |
| --- |
| **Pesquisador(a) Responsável (nome)** | **CPF** | **Assinatura digital** |
|  |  |  |
| **Pesquisador Participante (nome)** | **CPF** | **Assinatura digital** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |