|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TERMO DE COMPROMISSO DE** **UTILIZAÇÃO DE DADOS** |  |
| CCD: 334.21 |

Eu, [nome do pesquisador], responsável pela pesquisa [título da pesquisa], e demais pesquisadores listados abaixo, comprometemo-nos com a utilização dos dados pessoais, aos quais incluem dados sensíveis, dados de crianças e adolescentes e/ou outro grupo vulnerável, contidos no(s) [inserir o(s) nome(s) do(s) setor(es) onde estão localizados os dados a serem utilizados e/ou nome do banco de dados ou sistema a ser consultado], conforme preconiza a Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a saber:

1- Manter a confidencialidade dos dados pessoais coletados nos [inserir a fonte de obtenção dos dados: prontuários/arquivos/bancos/outros], bem como com a privacidade de seu conteúdo.

2- Cuidar da integridade das informações, garantir a confidencialidade dos dados pessoais e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

3- Codificar ou anonimizar o banco de dados antes de repassá-lo aos demais membros da equipe não listados abaixo, de forma a assegurar a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

4- Não repassar os dados pessoais coletados, o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe de pesquisa (incluídos na Plataforma Brasil).

5- Limitar a utilização das informações apenas para o cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa.

6- Informar ao encarregado de dados pessoais da Fundação Hemominas qualquer situação que envolva o vazamento ou o desvio de finalidade dos dados tratados sob a nossa responsabilidade.

7- Respeitar os direitos dos titulares dos dados.

As informações contidas no banco de dados e que serão utilizadas no presente estudo são: [descrever todas as variáveis que serão extraídas do banco de dados; se forem muitas, pode anexar o questionário do banco de dados ao fim do TCUD]. O acesso às fontes de dados pessoais será no período de mm/aaaa a mm/aaaa [informar o início e fim (mês e ano) previsto para acesso aos dados].

Os dados pessoais obtidos serão armazenados como [descrever como os dados serão armazenados: planilhas, questionários, banco de dados eletrônico, etc], por um período de [informar por quantos anos a equipe ficará de posse das informações]. A exclusão do banco de dados se dará em mm/aaaa [informar o mês e ano;].

Os dados pessoais serão submetidos aos seguintes tratamentos (segundo art 5º da LGPD):

( ) Coleta; ( ) Arquivamento; ( ) Processamento; ( ) Compartilhamento; ( ) Eliminação [marcar os tratamentos que irá fazer]

Em razão dos dados pessoais propriamente ditos aos quais me foram confiados o tratamento, comprometemo-nos a seguir e respeitar integralmente as disposições contidas nos termos da LGPD.

Este termo será utilizado apenas para fins desta pesquisa. Estamos cientes que qualquer outra pesquisa em que seja necessário coletar informações, mesmo que relacionadas a esta, deverá ser submetida à nova apreciação pela Hemominas.

Membros da equipe de pesquisa, incluindo pesquisador responsável, que terão acesso aos dados pessoais não anonimizados.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome completo\* | CPF | Assinatura\*\* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*Será vedado o acesso às fontes de dados pessoais dos membros da equipe que não constam nesta lista.

\*\* Somente é permitida assinatura digital certificada.

|  |
| --- |
| Dados e assinatura do controlador do banco de dados no âmbito da pesquisa (pesquisador principal). |
| Nome: |
| Telefone: |
| Endereço: |
| Instituição de vínculo: |
| Assinatura: |
| Data: |
|  |
| Dados do Pesquisador responsável no âmbito da Fundação Hemominas [preencher apenas se não for o pesquisador principal] |
| Nome: |
| Telefone: |
| Endereço: |
| Instituição de vínculo: |
| Assinatura: |
| Data: |
|  |
| Concordância da Fundação Hemominas:\* |
| Nome: |
| Assinatura |
| Data |

\*Para projetos que envolvem apenas uma unidade da Fundação Hemominas, o documento pode ser assinado pelo Coordenador do Hemocentro ou, na sua ausência/impedimento, pelo Gerente Técnico. Para pesquisas envolvendo mais de uma Unidade da Fundação Hemominas, o documento deve ser assinado pela Diretoria Técnico-Científica, neste caso, a assinatura será coletada pelo Serviço de Pesquisa.