**DECLARAÇÃO DE**

 **CONFIDENCIALIDADE PARA USO DE BANCO DE DADOS**

**Importante: Favor seguir as instruções abaixo, após preenchimento excluir as orientações em vermelho.**

**Ilmo Sr. Coordenador**

**Dr. Carlos Henrique Andrade Teixeira**

**Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Alemão Oswaldo Cruz**

**Projeto de pesquisa:** Título

**Pesquisador (a):** Nome do Pesquisador

**Responsável:** Nome do Responsável na Instituição (se aplicável)

**Orientador (a):** Se Aplicável

Eu, **(nome - pesquisador ou responsável)** do referido Projeto de Pesquisa conduzido no Hospital Alemão Oswaldo Cruz - HAOC, declaro que toda equipe envolvida manterá, em caráter irrevogável e por prazo indeterminado, sigilo total e absoluto e confidencialidade em relação a identificação dos participantes de pesquisa e demais dados do seu prontuário.

São Paulo, xx de xxxxx de 2021.

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

 Nome e Assinatura do Pesquisador Responsável

Hospital Alemão Oswaldo Cruz - HAOC