



## **DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONFIDENCIALIDADE**

(Esse documento pode ser modificado para inserção de informações das Instituições Externas)

Declaro para os devidos fins que a(o) **(COLOCAR O NOME DA DISCIPLINA/SERVIÇO/SETOR /UNIDADE/ENFERMARIA)** do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sabe do interesse e estamos de acordo com a condução na realização da Pesquisa: **(COLOCAR O TÍTULO DO PROJETO)** sendo os responsáveis o autor **(COLOCAR O NOME)** e orientador **(COLOCAR O NOME)** e não nos opomos que a mesma seja realizada. O projeto só poderá começar após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do HUPE.

Período de coleta dos dados: ( \_\_/\_\_/\_\_ à \_\_/\_\_/\_\_ ) os dados serão coletados através de:

( ) ENTREVISTA ( ) QUESTIONÁRIO ( ) PRONTUÁRIO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\*Nome do responsável da Unidade/Serviço/Disciplina Assinatura com carimbo Data

\*(quando o orientador for também responsável pela Unidade/Serviço/Disciplina há nessa relação um conflito de interesse. Nestes casos solicitamos que este documento seja assinado por um corresponsável pelo local)

Declaro que me responsabilizando pelo andamento, realização e conclusão do projeto, seguir a resolução 466/12 do CNS bem como as complementares, o compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados e comprometendo-me a enviar relatórios a qualquer momento, se o estudo for interrompido e quando da sua conclusão. Comprometo a preservar a privacidade dos participantes e declaro que as informações provenientes da pesquisa serão utilizadas, única, exclusivamente para a execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a posse e guarda do(a) pesquisador(a) responsável pelo projeto por um período mínimo de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

Declaro estar ciente e de acordo com a apresentação do projeto de pesquisa sob minha responsabilidade a ser desenvolvido pelo autor (Se aplicável).

\_\_\_\_\_  
Nome do orientador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

## **VÍNCULO DO PESQUISADOR PRINCIPAL**

### **PROJETO DE**

( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Nome da Faculdade/Instituição: \_\_\_\_\_

### **HUPE/UERJ**

( ) Servidor ( ) Contratado ( ) Residente ( ) Aluno ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Serviço/Disciplina: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

### **INSTITUIÇÃO EXTERNA\*** (PESQUISADOR QUE NÃO TEM VINCULO DIRETO COM O HUPE/UERJ)

( ) Orientador/Co-orientador do HUPE/UERJ ( ) Indicação da CONEP ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Serviço/Disciplina: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

\*(Apresentar Declaração de identificação da Instituição a que está vinculado o pesquisador)