**TERMO DE RESPONSABILIDADE DA EQUIPE**

**Nós, abaixo relacionados, docentes e discentes pesquisadores do curso de medicina da FAHESP/IESVAP, responsáveis pela pesquisa intitulada "..............................................................................................................................................................................................................................................................................", no (informar programa/modalidade) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nos comprometemos a:**

1. zelar pela privacidade, pelo sigilo e anonimato das informações que serão obtidas e utilizadas no desenvolvimento da presente pesquisa, que ficará sob a responsabilidade do pesquisar principal (orientador);
2. utilizar os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho apenas para fins de pesquisa e para atingir seu (s) objetivo(s).

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e CPF dos demais pesquisadores | Assinatura |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Parnaíba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

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

Assinatura do professor responsável