

**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**  
PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS EM SERVIÇOS DA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS

**Identificação do projeto de pesquisa**

**Título do projeto**

**Pesquisador principal**

**Orientador**

**Instituição proponente da pesquisa**

**Local(is) de execução da pesquisa**

**Termo de compromisso**

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_,  
residente no endereço \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ responsável pelo desenvolvimento da pesquisa acima citada,  
comprometo-me a:

**I. Após autorização da secretaria de saúde e antes da realização da pesquisa:**

- Enviar por e-mail ao Departamento de Ensino, Pesquisa e Saúde Digital – DEPS (sms.deps@campinas.sp.gov.br), cópia do Parecer Consubstanciado do CEP, antes do início de qualquer atividade junto aos participantes da pesquisa;
- Pactuar com a coordenação do(s) serviço(s) onde pretende desenvolver a pesquisa, antes do início da mesma, o fluxo necessário para tal, apresentando: a) cópia da autorização assinada pelo Secretário e b) cópia da aprovação do CEP;

**II. Após a realização da pesquisa:**

- Enviar por e-mail ao DEPS, Relatório Final após a conclusão e aprovação do mesmo nas instâncias educacionais pertinentes;
- Agendar a devolutiva com coordenador do serviço onde a Pesquisa foi realizada. Em caso de Pesquisas realizadas em mais de um serviço, pactuar a devolutiva com a Coordenadoria Acadêmica do DEPS.

Coloco-me ainda à disposição para esclarecimentos de quaisquer outras dúvidas através dos contatos abaixo:

Telefone

E-mail