Mestrado Profissional em Pesquisa Clinica do

Hospital de Clinicas de Porto Alegre

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Inserir nome     ; estado civil      ; nacionalidade      , CPF nº , residente à , Cidade, Estado têm o dever de confidencialidade e a obrigação de manter em sigilo sobre toda e qualquer informação, que tiverem acesso direto ou indiretamente, concernente na qualidade de membro da banca examinadora constituída para defesa da dissertação intitulada       desenvolvida pelo(a) mestrando      CPF nº       do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica do Hospital de Clinicas de Porto Alegre.

 O dever de confidencialidade abrange a obrigação de sigilo e a obrigação de não divulgar, usar, dispor, transmitir, resumir e revelar quaisquer dados e informações que tiverem acesso a terceiros, mesmo que com o propósito de qualificação da tese ou dissertação, a qualquer título ou sob nenhum pretexto.

O dever de confidencialidade não abrange informações que estejam sob domínio público antes da data de assinatura do presente Termo, ou que se tornarem públicas pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), ou por órgão ou instituto correspondente, em âmbito internacional.

O dever de confidencialidade deve ser observado até a data do reconhecimento e/ou da concessão dos direitos de propriedade intelectual envolvendo dados e informações contidos na tese ou na dissertação, protegidos pelo HCPA e/ou por outras instituições parceiras em âmbito nacional ou internacional.

O descumprimento de quaisquer das obrigações previstas no presente Termo de confidencialidade acarretarão todas as consequências em Direito admitidas, em particular ofensa ao Princípio da Boa-fé Objetiva e reparação por perdas e dados.

Assinatura:

**Testemunhas:**

**1)**Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_