**TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO - MATERIAL NÃO BIOLÓGICO**

OBS: O termo de fiel depositário deve vir em papel timbrado com a identificação completa do gestor da instituição responsável pelo local onde os dados serão coletados, como nome completo, sem abreviaturas, cargo, endereço, telefone de contato e/ou e-mail e CNPJ da instituição (quando houver).

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o/a sr./sra. NOME COMPLETO POR EXTENSO, CPF ou MATRÍCULA, CARGO, FUNÇÃO, depositário dos documentos consubstanciados no/a ESPECIFICAR: BASE DE DADOS, FICHAS, GRAVAÇÕES AUDIOVISUAIS, PRONTUÁRIOS, REGISTROS RADIOGRÁFICOS etc, da instituição NOME DA INSTITUIÇÃO, situada à ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa TÍTULO DA PESQUISA, cujo objetivo é DESCREVER O OBJETIVO DA PESQUISA, vem, na melhor forma de direito, autorizar NOME COMPLETO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, PROFISSÃO, ENDEREÇO COMPLETO E NÚMERO DE TELEFONE a coletar dados para instrumentalização do referido protocolo de pesquisa, ficando este responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que receberam do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

1. Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
2. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar sua autorização e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável.

 Cidade, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

Assinatura legível do responsável e carimbo.