

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO - MATERIAL 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 MATERIAL (AR EXALADO; CÉLULAS BUCAIS; COMPONENTES SUBCELULARES: DNA, RNA; GAMETAS; LEITE MATERNO; ORGÃOS (ESPECIFICAR); PRODUTOS CORPÓREOS: DENTES, CABELOS, UNHAS, SUOR, FEZES, URINA, SALIVA, SANGUE E FRAÇÕES SANGUÍNEAS 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:

- a) Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- b) 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.