**INCLUIR CABEÇALHO DA INSTITUIÇÃO/ÓRGÃO**

**TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

Eu, (nome da autoridade/responsável pelo setor onde os prontuários são registrados), (função da autoridade/responsável pela Instituição/órgão), que corresponde pelo CNPJ de n° (incluir o número), fiel depositário dos prontuários e da base de dados da(o) (Instituição/órgão), situada em (Cidade)/(Estado), declaro que o(s)/a(s) pesquisador(es/as), (NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL), (NOME DO PESQUISADOR CO-ORIENTADOR) e (NOME DO(S)/A(S) PESQUISADOR(ES/AS) ASSISTENTE(S)), estão autorizados, no período de (mês) a (mês) de (ano), a realizarem nesta lnstituição/órgão, o projeto de pesquisa: **"(TÍTULO DO PROJETO)",** sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) (NOME COMPLETO) cujo objetivo geral é "(incluir o objetivo do Projeto de Pesquisa)." Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/CNS/MS: Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.

1. Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
2. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
3. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para os participantes do estudo e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

lnformo-lhes ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA, para garantir a todos os envolvidos, os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

LOCAL , (dia) de (mês) de (ano).

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

Assinatura e carimbro

Nome da coordenado(a)/gestor(a)

Coordenador(a) do (campo da pesquisa (inserir o nome do local de coleta da pesquisa))

**INSERIR EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO/ÓRGÃO**