**TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

Eu, (nome do responsável), responsável e fiel depositário (a) do Livro de Registro/Banco de Dados denominado LIVRO DE REGISTRO (nome do livro de resgistro) OU BANCO DE DADOS (nome do banco de dados), DO SETOR (nome do setor) do Hospital Geral de Fortaleza, declaro que o pesquisador (nome do pesquisador) está autorizado a coletar neste Livro de Registro/Banco de Dados, informações para o projeto de pesquisa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(titulo da pesquisa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Pelo período de --------------------------------------

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos do participante, dentre outros, asseguradas pela Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

1. Assegurar a confidencialidade, a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades;
2. Assegurar que o material e os dados obtidos da pesquisa sejam utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo de pesquisa;
3. Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.

Para garantir a todos os envolvidos na pesquisa os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência e justiça, informo-lhe ainda que:

* **É proibido fotografar, copiar ou digitalizar qualquer parte do livro de registro, bem como copiar arquivos digitais ou partes do disco rígido, em se tratando de Banco de Dados;**
* **O acesso aos mesmos somente será permitido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza.**

Fortaleza \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do Responsável pelo Banco de Dados