

UNIVERSIDADE CHRISTUS
INSTITUTO PARA DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO LTDA - IPADE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento, elaborado em conformidade com as disposições legais vigentes, o(a) Sr.(a) (NOME COMPLETO POR EXTENSO, RG, CARGO E FUNÇÃO), na qualidade de fiel depositário(a) dos documentos e materiais não biológicos pertencentes à (NOME DA INSTITUIÇÃO), situada à (ENDEREÇO COMPLETO, CIDADE/UF) — compreendendo, dentre outros, (ESPECIFICAR: prontuários, receituários, atestados, radiografias, tomografias, exames complementares, relatórios, etc.) — declara ter ciência do conteúdo e dos objetivos do projeto de pesquisa intitulado “(TÍTULO DA PESQUISA)”, cujo propósito consiste em (DESCREVER O OBJETIVO DA PESQUISA). Após a devida análise do protocolo, AUTORIZA o(a) (NOME COMPLETO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, RG, PROFISSÃO, ENDEREÇO) a proceder à coleta e utilização dos dados estritamente necessários à execução do referido estudo, assumindo este(a), de forma solidária, a responsabilidade pela guarda, proteção e correta utilização das informações que lhe forem disponibilizadas. O uso dos dados deverá observar integralmente os princípios éticos estabelecidos na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, bem como as disposições previstas na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), especialmente no que se refere:

1. À preservação da privacidade, confidencialidade e anonimização das informações, vedada qualquer utilização que possa acarretar prejuízo aos titulares dos dados ou a terceiros;
2. À limitação do tratamento dos dados às finalidades específicas descritas no protocolo de pesquisa aprovado.

Fica estabelecido que o(a) fiel depositário(a) poderá revogar a presente autorização a qualquer tempo, mediante manifestação formal. Declara, ainda, estar ciente de que todas as informações acessadas no âmbito da pesquisa permanecerão sob dever de sigilo profissional do(a) pesquisador(a) responsável, conforme as normas éticas aplicáveis à sua categoria profissional (indicar Código de Ética correspondente).

Fortaleza (CE), ____/____/20____.

Assinatura do responsável e carimbo