

MODELO - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Esclarecimentos

Esta é uma solicitação de autorização para uso de documentos institucionais na pesquisa intitulada (**título do projeto de pesquisa**) a ser realizada no (**local de realização da pesquisa**), pelo(s) pesquisador(es) (**citar o nome completo do(s) pesquisador(es)**), que tem objetivos principais de (**citar os objetivos gerais da pesquisa**), e utilizará a seguinte metodologia (**citar metodologia que irá utilizar – resumo conciso**).

Assim sendo, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso e utilização de (**especificar o tipo dos documentos que serão manuseados: fichas, prontuários, arquivos físico e/ou digital, ou outro documento institucional**), pelo pesquisador responsável e sua equipe (**citar o nome do pesquisador responsável e das pessoas que manipularão os documentos**).

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo de acordo com as Resoluções nº 466/2012 ou 510/2016 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que tratam da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, e utilizados tão somente para realização deste estudo.

Serão tomadas também as seguintes precauções para que não haja danos aos documentos: **citar as formas de minimizar os riscos**.

Os dados coletados serão guardados em local seguro (**citar onde será guardado**), sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes. A instituição ficará com uma via deste documento, elaborado em duas vias, e toda dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente ao Pesquisador responsável (**nome do pesquisador(a) responsável**), pelo telefone fixo/celular (85) (_____) ou pelo e-mail (_____).

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unimed Fortaleza (CEP - UF).

Assinatura do pesquisador

Consentimento para uso de documentos institucionais – Modelo

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia desta pesquisa, concordo em autorizar o manuseio e a utilização dos documentos institucionais supracitados.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pelas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde:

1. Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
2. Que não haverá riscos para o sujeito da pesquisa;
3. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
4. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê e Ética em Pesquisa da Unimed Fortaleza (CEP-UF), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Reiteramos que a pesquisa no PRONTUÁRIO será realizada única e exclusivamente no setor do Centro de Estudos e Pesquisa Dr. Pontes Neto desta Instituição (CEPN).

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Local, (data).

Nome do responsável

Carimbo responsável da Instituição*

* Na inexistência do carimbo, inserir o CPF do responsável