

TERMO DE CADASTRO E CONFIDENCIALIDADE DE ACESSO AOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTES

Eu, _____,
inscrito no CRM ou Coren _____ sob o n.º _____, portador do RG n.º _____, expedido pelo
_____, inscrito no CPF/MF sob o n.º _____, com endereço na
_____, venho solicitar meu
acesso aos sistemas eletrônicos do Hospital Santa Isabel, notadamente para lançamentos de evoluções e consultas aos prontuários e
exames laboratoriais e de diagnóstico em forma digital.

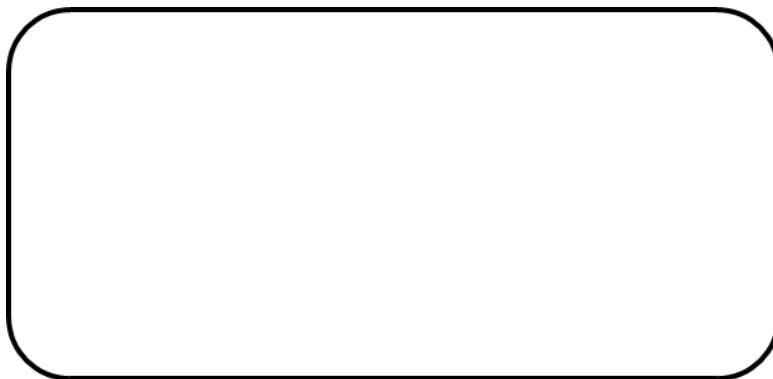
Declaro estar ciente que meu acesso aos sistemas eletrônicos do Hospital Santa Isabel se dará unicamente por meio de senha pessoal e
intransferível e que meus acessos a esses sistemas serão registrados por razões de segurança.

Comprometo-me a manter a documentação para meu cadastro e outras exigidas por lei atualizadas e a informar qualquer alteração
cadastral e titulações.

Estou ciente, de forma inequívoca, que as informações constantes no prontuário médico-hospitalar, bem como todas as demais
informações a que tiver acesso relativas aos pacientes do Hospital Santa Isabel, em decorrência direta do exercício de minhas funções ou
não, são sigilosas, por força do que dispõe a legislação penal, cível e as normas éticas da minha categoria profissional, e estão sob a guarda
da Rede D'Or São Luiz S.A.

Comprometo-me a não divulgar nenhuma das informações e chaves de acesso acima mencionadas, não copiar/fotografar documentos,
bem como não divulgar indevidamente dados relacionados a pacientes do Hospital Santa Isabel.

São Paulo, ____ de _____ de 20____.



Carimbo e Assinatura do Profissional
(assinar dentro da figura)