



TERMO DE COMPROMISSO E SIGILO PROFISSIONAL
PARA OPERADOR SOLICITANTE/EXECUTANTE DO SISREG
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO

Eu,.....,CPF,.....,
servidor da Unidade de Saúde, a partir de
...../...../..... me comprometo a:

- Não fornecer minha senha para ninguém;
- Só marcar consultas e exames em horário de trabalho;
- Ser responsável com a marcação de consultas e exames;
- Transcrever exatamente o mesmo conteúdo do histórico e/ou dados clínicos emitidos pelo médico solicitante, não alterando, omitindo ou acrescentando novos dados, ao texto original da solicitação;
- Manter sigilo profissional sobre as informações e dados clínicos inseridos e regulados no SISREG.

A supervisão dos operadores caberá ao Coordenador da Unidade de Saúde ou Gerente Regional, bem como a troca temporária e/ou definitiva dos mesmos, que será efetuada mediante assinatura deste termo.

Operador SISREG

Coordenador da Unidade de Saúde ou Gerência de Saúde

Responsável pelo treinamento – CER

Ativação de Senha Solicitante Executante e-mail:

Inativação de Senha telefone:

DATA:

ASSINATURA: