



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

Eu,.....,CPF,.....,
 servidor da Comunidade Terapêutica, a partir de
/...../..... me comprometo a:

- Não fornecer minha senha para ninguém;
- Utilizar o sistema apenas para solicitação de acolhimento para a Comunidade Terapêutica a qual faço parte;
- 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 responsável pela Comunidade Terapêutica, bem como a troca temporária e/ou definitiva dos mesmos, que será efetuada mediante assinatura deste termo.

 Operador SISREG

 Coordenador da Comunidade Terapêutica

Ativação de Senha	E-mail institucional:
Solicitante	Telefone com institucional:
Executante	
Coordenador de Unidade	
Administrador	
DATA:	ASSINATURA:



Assinaturas do documento



Código para verificação: **37J8N0XC**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



CLAUDIA RIBEIRO DE ARAUJO GONSALVES (CPF: 642.XXX.539-XX) em 14/02/2022 às 10:34:59

Emitido por: "SGP-e", emitido em 13/07/2018 - 13:32:39 e válido até 13/07/2118 - 13:32:39.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAwMjUxMzVfMjU0MjhfMjAyMI8zN0o4TjBYQw==> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00025135/2022** e o código **37J8N0XC** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.