

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Eu, _____,
abaixo assinado, comprometo-me a:

1. Tratar com estrita confidencialidade toda informação, documentada ou não, recebida por mim no desempenho de minhas funções na unidade e não divulgar tais informações a qualquer pessoa ou organização, incluindo outros empregadores ou contratantes;
2. Não produzir cópias, ou de qualquer forma reproduzir, ou ainda transferir para outra parte, quaisquer documentos referentes a usuários e informações confidenciais referentes a laudos de pacientes, sem autorização superior.

Laboratório / Unidade: _____

Nome do Usuário: _____

Módulo: _____ Município: _____

Função: () Cadastro; () Farmacêutico; () Vigilância; () Coord. Regional;
() Supervisão; () Outra: _____

CPF: _____ .CRF: (____) _____

Email: _____ Telefone: (____) _____

DATA: ____/____/____.

Assinatura do Colaborador

Assinatura da Chefia Imediata