



Nome completo: _____

CPF: _____ Telefone: (____) _____

e-mail: _____

Cargo/função: _____ N° Funcional: _____

Conselho de Classe/Matrícula (se aplicável): _____

Nome da Instituição: _____

Em atendimento aos dispositivos legais brasileiros, assumo o compromisso de manter confidencialidade sobre todas as informações técnicas e pessoais do sistema a que tenho acesso (marcar o sistema):

- () Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)
- () Harpya
- () SISCEL

Estando ciente e de acordo com as obrigações de atendimento às diretrizes estabelecidas pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (Lacen/ES) na utilização do sistema:

- a) Tratar com estrita confidencialidade toda informação, documentada ou não, recebida por mim no desempenho de minhas funções, e não divulgar as informações fornecidas pelo sistema do Lacen/ES a qualquer pessoa ou organização que não seja o titular dos dados ou solicitante da análise ou autoridade sanitária (em cumprimento a determinação legal), e em não usar estas informações para obter qualquer tipo de vantagem.
- b) Manter toda a documentação disponibilizada pelo sistema de forma segura;
- c) Não produzir cópias, fotografias e transferir quaisquer documentos extraídos do sistema e/ou informações confidenciais do Lacen/ES e dos pacientes/empresas para parte não autorizada.
- d) Não agir de maneira prejudicial à imagem ou aos interesses do Lacen/ES.
- e) Zelar pela senha recebida para utilizar o sistema, visto que é pessoal e intransferível.
- f) Cooperar com os procedimentos de investigação na eventualidade de qualquer desvio dos requisitos estabelecidos neste documento.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções administrativas, cíveis e penais que poderão advir a qualquer tempo, mantendo sigilo absoluto quanto aos dados e informações contidas no sistema, utilizando-os exclusivamente para o propósito das atividades relacionadas ao bom andamento das finalidades precípua do Lacen/ES, da vigilância em saúde e da assistência médica ao paciente.

Data, ____ de _____ de _____.

Assinatura