HUST HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA	**DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO** **TERMO DE RESPONSABILIDADE**	**R-TI-001** **Ref. POL-INF** **VER. 01** **PÁG. 1 de 1**

Nome:_____ Estado Civil:_____

Data de Nascimento:_____/____/_____ Sexo:_____

Nome da Mãe:_____

Município de Nascimento:_____ Nacionalidade:_____

RG:_____Emissor:_____ CPF:_____

Celular: (_____) _____ Telefone Residencial: (___) _____

Endereço:_____

Bairro:_____ CEP:_____

Município:_____ UF:_____

E-mail (preferencialmente institucional):_____

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras dando ciência de que fui suficientemente esclarecido(a) e, por isso, assumo a inteira responsabilidade pelas informações prestadas, pelas responsabilidades assumidas e por todas as demais orientações constantes neste documento.

☐ SIM ☐ NÃO

RESPONSABILIDADES:

- O código secreto (senha) a ser escolhido pelo usuário e gravado nos sistemas existentes no Hospital Universitário Santa Terezinha é de uso pessoal e intransferível;
- A senha deverá ser utilizada de modo correto e adequado, mantendo-a sob absoluto sigilo e com utilização exclusivamente para fins profissionais;
- É de inteira responsabilidade do usuário todo e qualquer prejuízo causado pelo fornecimento de sua senha pessoal a terceiros, independente do motivo;
- O usuário será responsável por qualquer ação realizada dentro dos sistemas e, caso seja identificado mal uso, poderão ser aplicadas penalidades;
- Os dados dos sistemas informatizados devem ser utilizados com cautela, inclusive na exibição de dados em tela e/ou impressora e/ou gravação em meios eletrônicos;
- Fora do âmbito profissional não deve ser revelado fato ou informação de qualquer natureza, que o usuário tenha conhecimento, por força dos acessos a sistemas e informações conferidas;
- Quando o usuário se ausentar da estação de trabalho, deve encerrar sua sessão de uso do sistema, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por terceiros.

IMPORTANTE:

- **Uma cópia da carteira (válida) do respectivo conselho (Ex: Coren, Crefito, CRM) deve estar anexa;**
- A senha deve ter no mínimo 8 (oito) e no máximo 15 (quinze) caracteres, combinando letras, números e símbolos;
- Não crie senhas óbvias, por exemplo: senhas de outros sites, informações pessoais, informações comuns, etc;
- Evite registrar as senhas em papel e altere sua senha sempre que existir qualquer dúvida quanto a sua confidencialidade;
- *A assinatura deve ser igual ao documento válido em território nacional com foto (Carteira de identidade e/ou Carteira Nacional de Habilitação) e este documento deve estar em cópia anexa a este Termo.*
- Os perfis de acesso aos módulos dos sistemas informatizados são restritos aos usuários que devem acessá-los de acordo com o grau de confidencialidade das informações e as atividades de cada profissional;
- A assinatura eletrônica será utilizada em sistema que tem mecanismos de segurança certificado pela SBIS, Certificado SBIS-CFM-003-k.
- Seus dados pessoais estão protegidos a partir da portaria 08 FUNOESC – HUST, que diz respeito a POLITICA DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS.

Estou ciente que minha assinatura digitalizada está vinculada a minha Conta/Senha, a qual será utilizada nos documentos que assino digitalmente com minha senha nos sistemas do Hospital e, sendo esta minha assinatura, assino o presente Termo.

ASSINATURAS DE PRÓPRIO PUNHO:

Não ultrapasse a borda

Não ultrapasse a borda

Assine e abaixo dessa assinatura informe o seu número no respectivo Conselho / Estado.

Não ultrapasse a borda

Não ultrapasse a borda

Não ultrapasse a borda

Aqui somente assinatura

Não ultrapasse a borda

Data: ____/___/_____ **Local:**_____