



### Credenciamento de usuário no Sistema SIGH

#### INDICAÇÃO

Indico o funcionário  para ser credenciado a ter acesso ao módulo de pesquisa de resultados do sistema SIG (WEB).

Data:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Diretor/responsável pela Unidade

#### IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO

Nome:

RG:  Login\*:  \*Login para acessar o sistema (6 a 10 caracteres)

Função:

Unidade de trabalho:

Município:  UF:

Telefone:  E-mail:

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE

##### Comprometo-me a:

Utilizar o meu acesso ao Sistema SIGH para os fins estritamente designados e para os quais estiver devidamente autorizado, em razão das minhas funções.

Não revelar fora do âmbito profissional, fatos ou informações de qualquer natureza obtidas do Sistema SIGH, respeitando as regras de privacidade e autonomia do paciente, em concordância com a legislação em vigor. (Inciso 10, artigo 50 da Constituição da República Federativa do Brasil; Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 19/2007).

Observar rigorosamente os procedimentos de segurança estabelecidos quanto à confidencialidade de minha senha, através dos quais posso efetuar operações a mim designadas nos recursos computacionais que acesso:

Substituir a senha inicial gerada pelo sistema, por outra secreta, pessoal e intransferível;

Não divulgar, nem compartilhar a minha senha com outras pessoas;

Não me ausentar do local de trabalho sem encerrar a sessão de uso do Sistema, evitando assim o acesso por pessoas não autorizadas;

Reportar imediatamente à minha chefia ou ao Administrador de Segurança, em caso de violação, acidental ou não, da minha senha, e providenciar a sua substituição;

Solicitar o cancelamento de minha senha quando não for mais de minha utilização.

Li e aceito as regras estabelecidas por este Termo de Responsabilidade.

Data:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do funcionário