



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

Eu,.....,CPF,.....,  
servidor da Unidade de Saúde ....., a partir de  
...../...../..... me comprometo a:

- Não fornecer minha senha para ninguém;
- Só marcar consultas e exames em horário de trabalho;
- Ser responsável com a marcação de consultas e exames;
- 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 Coordenador da Unidade de Saúde ou Gerente Regional, bem como a troca temporária e/ou definitiva dos mesmos, que será efetuada mediante assinatura deste termo.

\_\_\_\_\_  
Operador SISREG

\_\_\_\_\_  
Coordenador da Unidade de Saúde ou Gerência de Saúde

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo treinamento – CER

Ativação de Senha     Solicitante     Executante    e-mail:

Inativação de Senha    telefone:

DATA:

ASSINATURA: