



ESTADO DE ALAGOAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL
Hospital Escola Portugal Ramalho

Termo de Compromisso de Confidencialidade

Eu, _____, CPF/CIN nº _____ me comprometo a manter a confidencialidade absoluta das informações contidas no prontuário do paciente _____ . Entendo que estas informações são estritamente confidenciais e estão protegidas por lei. Comprometo-me a não divulgar, compartilhar ou utilizar tais informações para qualquer finalidade que não esteja relacionada ao tratamento e cuidado do paciente, a menos que expressamente autorizado por escrito pelo paciente ou por força de lei. Compreendo que qualquer violação deste compromisso poderá resultar em consequências legais e disciplinares. Assino este termo como prova do meu compromisso com a confidencialidade das informações recebidas.

Maceió, ____ de _____ de _____