

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE USO DO SISTEMA GERENCIADOR
DE AMBIENTE LABORATORIAL – GAL
MÓDULO BIOLOGIA MÉDICA HUMANA - BHM**

Eu, _____
abaixo assinado, comprometo-me a:

- 1- Tratar com estrita confidencialidade toda informação, documentada ou não, recebida por mim no desempenho de minhas funções na unidade e não divulgar tais informações a qualquer pessoa ou organização, incluindo outros empregadores ou contratantes;
- 2- Não produzir cópias, ou de qualquer forma reproduzir, ou ainda transferir para outra parte, quaisquer documentos referentes a usuários e informações confidenciais referentes a laudos de pacientes, cadastrados no GAL, sem autorização superior.

Município: _____

Laboratório/Unidade _____

Nome do Colaborador _____

CPF _____ Fone () _____

e-mail: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do colaborador

Assinatura do (a) chefe imediata