



TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Data

/ /

Eu _____
(Nome legível e completo)

CRM/REGISTRO PROFISSIONAL: _____

Comprometo-me a manter completo e absoluto sigilo sobre quaisquer informações, documentos médicos, tais como prontuários, fichas de atendimento, laudos de exames, dados cadastrais de pacientes; especificações técnicas ou comerciais, inovações e aperfeiçoamentos do HOSPITAL SANTA CRUZ que venha a ter conhecimento ou acesso, ou venha ser confiado em razão do meu cadastro e exercício profissional junto ao Hospital Santa Cruz, não podendo sob qualquer pretexto divulgar, revelar, reproduzir, utilizar ou deles dar conhecimento a terceiros, sob as penas da lei.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____