

ANEXO VI
CADASTRO DE PROFISSIONAL PARA ACESSO AO SISTEMA

NOME COMPLETO:		COR:	
NOME SOCIAL:		CPF:	
NACIONALIDADE:	ESTADO:	MUNICÍPIO:	
DATA DE NASCIMENTO:	Sexo: ☐ FEMININO ☐ MASCULINO ☐ INDETERMINADO		
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI:			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):			
CONSELHO: (CRM, COREN, CREFITO, ETC):	Nº:	UF:	CBO:
CORPO CLÍNICO: ☐ SIM ☐ NÃO			
VÍNCULO: ☐ PESSOA JURIDICA (NOME E CNPJ):			
VÍNCULO: ☐ CELETISTA ☐ RESIDENTE ☐ TEMPORÁRIO			
CARGA HORÁRIA SEMANAL:	PROFISSÃO:		
ESPECIALIDADE(S) PROFISSIONAL:			
CONVÊNIO QUE VAI ATUAR: ☐ IPESAÚDE ☐ SUS ☐ PARTICULAR ☐ OUTROS			
ENDEREÇO DE DOMICÍLIO			
LOGRADOURO:			
COMPLEMENTO:	NÚMERO:	CIDADE:	CEP:
BAIRRO:	TEL. CELULAR 1: ()	TEL. CELULAR 2: ()	
E-MAIL:			
EQUIPE(S) DA(S) QUAL(IS) O MÉDICO PARTICIPA:			
SETOR PRINCIPAL ATUANTE:			
OBS: FAVOR PREENCHER TODOS OS DADOS SOLICITADOS PARA EFICIÊNCIA E AGILIDADE NO CADASTRO. RESSALTAMOS QUE O NÃO PREENCHIMENTO ADEQUADO DOS DADOS PODERÁ IMPOSSIBILITAR O ACESSO AO SISTEMA.			

0383 NQ

POR MEIO DESTES TERMOS, COMPROMETO-ME A MANTER O SIGILO DOS DADOS COLETADOS NOS ARQUIVOS, PRONTUÁRIOS E DOCUMENTOS CORRELATOS, BEM COMO A PRIVACIDADE DE TODO O SEU CONTEÚDO. RECONHEÇO, AINDA, QUE MEUS DADOS PESSOAIS UTILIZADOS PARA ACESSO AO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SERÃO CONSERVADOS DURANTE O TEMPO QUE ESTIVER VIGENTE A RELAÇÃO CONTRATUAL COM A FBHC E APÓS ESTA FINALIZAR, DURANTE OS PERÍODOS DE RETENÇÃO DE DADOS LEGALMENTE EXIGÍVEIS, DE FORMA ESTRITAMENTE NECESSÁRIA, GARANTIDA A TRANSPARÊNCIA, CONFIDENCIALIDADE, INTEGRIDADE E DISPONIBILIDADE DAS MINHAS INFORMAÇÕES PESSOAIS, BEM COMO O EXERCÍCIO DOS DIREITOS PREVISTOS NA **LEI FEDERAL Nº 13.709/2018 (LGPD)**. RECONHEÇO QUE A QUEBRA DE CONFIDENCIALIDADE, DISPONIBILIDADE OU INTEGRIDADE DAS INFORMAÇÕES ÀS QUAIS TENHO ACESSO, PODERÁ SER RECLAMADA JUDICIAL OU EXTRAJUDICIALMENTE E, CASO CARACTERIZADA QUALQUER INFRAÇÃO PENAL, PODEREI SER PESSOALMENTE RESPONSABILIZADO(A). PELO NÃO CUMPRIMENTO DO PRESENTE TERMO, FICA O ABAIXO ASSINADO CIENTE DE TODAS AS SANÇÕES JUDICIAIS QUE PODERÃO ADVIR.

ARACAJU, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Responsável (Liderança)

Assinatura do Declarante