



**TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO USO DA SENHA NO SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR**

1) Neste ato, identifico-me junto ao Serviço de Informática, para utilização do código secreto(senha) necessário para acessar os serviços disponibilizados no Sistema de Administração Hospitalar(SAH)

2) Sou conhecedor das condições que regem os acessos aos Usuários, regulamentada pelo Serviço de Informática através de documentação vigente por ocasião da solicitação do Usuário/Senha

3) Declaro estar ciente de que:

- A senha é pessoal e intransferível
- É minha a responsabilidade pela guarda, sigilo absoluto e uso da senha
- Os serviços realizados no SAH através de minha Senha e Login, são de minha responsabilidade.

Nome

Florianópolis, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura