

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
(nome completo)

brasileiro (a), COREN/SC nº _____, residente e domiciliado na rua _____, nº _____, bairro _____, CEP _____, portador da Cédula de Identidade R.G. nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____.

ASSUMO a responsabilidade de participar como Piloto do Registro do Processo de Enfermagem, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e o endereço eletrônico www.csae.com.br no Centro de Saúde que estou alocado, conforme orientações fornecidas pela Comissão Permanente da Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) – Subcomissão CIPE Protocolos de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis.

DECLARO seguir os princípios e diretrizes combinadas no processo de trabalho.

DECLARO ser de minha ciência que os dados contidos neste Piloto pertencem à SMS de Florianópolis, portanto, é de minha responsabilidade NÃO compartilhar com pessoas externas ao projeto os instrumentos e materiais disponibilizados, obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

DECLARO não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros.

DECLARO ser de minha ciência que todos os dados que porventura forem utilizados para fins de pesquisa e extensão, deverão ser autorizados pela CSAE e Responsabilidade Técnica de Enfermagem.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Responsabilidade, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Florianópolis, _____ de _____ de 2022.

(Assinatura)

Obs: Após assinar este documento, enviar aos cuidados da Gerência de Enfermagem.