

**FICHA DE CADASTRO PARA RECEBIMENTO DE LOGIN E SENHA
DA REDE MÉDICA DO TST-SAÚDE**

INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO

Nome ou Razão Social:	CNPJ:	
Endereço:	Cidade:	CEP:
Email:	Telefone:	

INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL LEGAL DA INSTITUIÇÃO E GESTOR DA CONTA

Nome:			
CPF:	Data de Nascimento:	Naturalidade:	UF:
Email Comercial:			
Cargo:			

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Comprometo-me a manter atualizados os dados cadastrais: razão social, telefone, mudança de endereço, e-mail, etc.)
2. Manter atualizados os dados do responsável pela gestão dos registros efetivados no Sistema Médico do TST-SAÚDE
3. Manter atualizados os dados dos responsáveis técnicos, indicados pelo gestor para o preenchimento das guias de utilização do sistema informatizado do TST-SAÚDE
4. Estou ciente que é de inteira responsabilidade desta empresa/prestador de serviço, a inserção de dados no sistema informatizado TST-SAÚDE,
5. Estou ciente de que após o lançamento de guias no sistema informatizado do TST-SAÚDE, não poderei efetuar nenhuma alteração no tratamento proposto sem a anuência do TST-SAÚDE
6. Firmo o presente termo de responsabilidade quanto á senha de acesso ao Sistema Informatizado do TST-SAÚDE,
7. Estou ciente que os direitos de uso e propriedade do Sistema Médico é do Tribunal Superior do Trabalho, sendo proibido seu uso para quaisquer outra atividade que não esteja vinculado à prestação de serviço na forma estabelecida nas Cláusulas constantes do Contrato de Credenciamento TST nº _____.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

CNPJ/CPF _____

**FICHA DE CADASTRO PARA RECEBIMENTO DE LOGIN E SENHA
DA REDE MÉDICA DO TST-SAÚDE**

INFORMAÇÕES DO OPERADOR DO SISTEMA

Nome			
CPF:	Data de Nascimento:	Naturalidade:	UF:
Email Comercial:		Acesso Autorização	Acesso Faturamento
Cargo:			

INFORMAÇÕES DO OPERADOR DO SISTEMA

Nome			
CPF:	Data de Nascimento:	Naturalidade:	UF:
Email Comercial:		Acesso Autorização	Acesso Faturamento
Cargo:			

INFORMAÇÕES DO OPERADOR DO SISTEMA

Nome			
CPF:	Data de Nascimento:	Naturalidade:	UF:
Email Comercial:		Acesso Autorização	Acesso Faturamento
Cargo:			

INFORMAÇÕES DO OPERADOR DO SISTEMA

Nome			
CPF:	Data de Nascimento:	Naturalidade:	UF:
Email Comercial:		Acesso Autorização	Acesso Faturamento
Cargo:			