



**TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE DE ACESSO AOS SISTEMAS DE
INFORMAÇÃO GERENCIADOS PELA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA SINAN, SINASC e SIM (Usuários restritos)**

Eu, _____ profissão
_____, registrado sob nº _____ no Conselho Regional de
_____,
CPF _____ regularmente vinculado à instituição:
_____,
no cargo de _____ situado na
Rua _____, nº _____ Bairro _____
CEP _____ Município: _____
na função de _____ fico obrigado a manter em **ABSOLUTO
SIGILO** toda e qualquer informação que tiver acesso em função das minhas atribuições profissionais
referentes aos Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação - SINAN, SINASC e SIM
entendendo como **confidencial e sigilosa** toda informação relativa aos instrumentos de coleta,
investigação e outros instrumentos epidemiológicos que contenham os dados de identificação
única do paciente/falecido derivadas destes sistemas.

Para tanto, **concordo e comprometo-me** à:

1. Manter sigilo escrito e verbal de todos os dados, informações técnicas e administrativas obtidas ou não com minha participação, zelando pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nesta(s) base(s) de dados;
2. Não divulgar, publicar e publicizar quaisquer dados ou informações que tenha tomado conhecimento ou elaborado no decorrer de minhas atividades sem prévia autorização institucional.
3. Utilizar os dados de acesso restrito mantendo a necessária cautela quando da exibição de dados em tela, impressora ou gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar que deles venham tomar ciência, pessoas não autorizadas.
4. Não fazer cópias, registros escritos ou em mídias eletrônicas de quaisquer dados ou informações que não sejam necessários, por força de minhas atribuições e responsabilidades, assim como





ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

tomar precauções e as devidas medidas de segurança, para que no âmbito de minhas atribuições e responsabilidades, tais dados e informações não sejam copiados, revelados, ou venham a ser usados indevidamente ou sem autorização.

5. Não praticar qualquer medida fora de minhas atribuições com a finalidade de obter para mim ou terceiros, direitos, vantagens pessoais ou financeiras relativas às informações que tenho acesso.
6. Não ausentar-me da estação de trabalho sem encerrar a sessão de uso dos sistemas, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido de terceiros.
7. Não revelar minha senha de acesso ao(s) sistema(s) a outros, cuidando para que a mesma seja somente de meu conhecimento.
8. Alterar minha senha de acesso quando da possibilidade de violação ou conhecimento de terceiros e, não utilizar combinações óbvias ou de fácil acesso à mesma.
9. Notificar imediatamente ao responsável técnico pelos referidos sistemas quando do eventual desligamento das funções ou atribuições referentes a tais sistemas.
10. Observar e cumprir as boas práticas de segurança da informação e das diretrizes preconizadas por tais sistemas de informações.

Declaro ainda estar ciente de que o não cumprimento de tais normas caracterizará infração ética podendo acarretar punição nas esferas penal, civil e administrativa de acordo com a legislação vigente.

Sem mais,

Local: _____, __ de _____ de 20__

Profissional/ Usuário

Nome, assinatura, documento e/ou carimbo

Assinatura da Chefia Imediata

Nome, documento e/ou carimbo

