



**TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE DE ACESSO AOS SISTEMAS DE  
INFORMAÇÃO GERENCIADOS PELA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA (Usuários restritos)**

Eu, \_\_\_\_\_  
, profissão \_\_\_\_\_, registrado sob nº \_\_\_\_\_ no Conselho Regional  
de \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ regularmente vinculado à  
\_\_\_\_\_, no cargo de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ sito \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Rua  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Município de \_\_\_\_\_

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,  
entendendo como **confidencial e sigilosa** toda informação relativa aos instrumentos de coleta,  
investigação e outros instrumentos epidemiológicos que contenham os dados de identificação  
únivoca 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 ou publicar 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 tomar precauções e as devidas medidas de segurança, para



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

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.