

### TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE (Usuário SINAN)

Eu, \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, regularmente vinculado (ao) \_\_\_\_\_ (nome do estabelecimento) \_\_\_\_\_, situado no (a) \_\_\_\_\_, na Região Administrativa de \_\_\_\_\_, Distrito Federal, CEP \_\_\_\_\_, Ocupante do cargo de \_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_, telefone: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_ indicado como Usuário do Sistema **SINAN** fico obrigado a manter **ABSOLUTO SIGILO** de toda e qualquer informação que tiver acesso em função das minhas atribuições profissionais referentes aos Sistemas de Informação de 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 unívoca do paciente/notificado destes sistemas.

Para tanto concordo e comprometo-me a:

- 1 - Manter sigilo escrito e verbal de todos os dados, informações técnicas e administrativas obtidas ou não com minha participação.
- 2 – Não divulgar ou publicar quaisquer dados ou informações de 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 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 a que tenho acesso.
- 6 – Não me ausentar da estação de trabalho sem encerrar a sessão de uso dos sistemas, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por terceiros.
- 7 – Não revelar minha senha de acesso ao(s) sistema(s) à 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 - Cadastrar e permitir acesso a tais sistemas somente a profissionais que tenham definidas na sua função ou cargo atribuições inerentes aos referidos sistemas e, mediante Termo de Sigilo e Confidencialidade devidamente assinado.
- 10 – Notificar imediatamente a Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Coordenação do SINAN – SVS – SES - GDF, por intermédio do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da minha regional de saúde quando do eventual desligamento das funções de responsável técnico por tais sistemas.
- 11 – 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, podendo acarretar punição nas esferas penal, civil e administrativa de acordo com a legislação vigente.

Login desejado (minúsculo): \_\_\_\_\_  
(sugerida a matrícula)

e-mail: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

Local, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<input type="checkbox"/> SINAN Net <input type="checkbox"/> SINAN Online <input type="checkbox"/> ESUS SINAN
--

\_\_\_\_\_  
(Nome e Assinatura)

Ciente, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Gestor (Assinatura, carimbo, nome e cargo)