

TERMO DE COMPROMISSO PARA ACESSO AO SISTEMA DE REGULAÇÃO ESTADUAL

Exclusivo para TRS - Terapia Renal Substitutiva

Módulo:

☐ GERCON (Módulo de regulação de Exames e Consultas)

Considerando que o **login e senha são de uso pessoal e intransferível do usuário a quem foi atribuído**, toda e qualquer ação executada no sistema é identificada pelo respectivo login, fica formalizado que é de total responsabilidade deste usuário o uso dos recursos e ações no sistema.

Eu _____, nascido em ____/____/____,
(nome por extenso, sem abreviações e em letra legível)

telefone nº () _____, RG nº _____ CPF nº _____,

e-mail _____,
(preencher email com letra legível)

Conselho: ☐ CRM ☐ CRO ☐ COREN ☐ CREFITO ☐ OUTROS Nº: _____.

Nome da Unidade: _____

CNES da Unidade: _____, Município _____,

declaro ser usuário do sistema de regulação e estar ciente que toda e qualquer ação por mim realizada no sistema, além da confidencialidade das informações contidas no mesmo, são de minha inteira e total responsabilidade, tendo ciência das sanções previstas, em caso de uso indevido do sistema e divulgação das informações nele contidas em conformidade com a Lei Federal nº 13.709, de 14/08/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD).

Desta forma, comprometo-me a:

- I. Não revelar fora do âmbito profissional fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força de minhas atribuições, salvo em decorrência de decisão competente na esfera legal ou judicial, bem como de autoridade superior;
- II. Utilizar os dados dos sistemas informatizados de acesso restrito e manter a necessária cautela quando da exibição de dados em tela, impressora ou na gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar que deles venham a tomar ciência

pessoas não autorizadas;

III. Não me ausentar da estação de trabalho sem encerrar a sessão de uso do sistema, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por terceiros;

IV. **Não revelar minha senha de acesso ao(s) sistema(s) a ninguém** e tomar o máximo de cuidado para que ela permaneça somente de meu conhecimento;

V. Alterar minha senha, sempre que obrigatório ou que tenha suposição de descoberta por terceiros, não usando combinações simples que possam ser facilmente descobertas;

VI. Observar e cumprir as Boas Práticas de Segurança da Informação, e suas diretrizes, bem como este Termo de Responsabilidade;

VII. **Responder, em todas as instâncias, pelas consequências das ações ou omissões de minha parte, que possam pôr em risco ou comprometer a exclusividade de conhecimento de minha senha, ou das transações a que tenha acesso.**

Declaro, nesta data, ter ciência e estar de acordo com os procedimentos acima descritos, comprometendo-me a respeitá-los e cumpri-los plena e integralmente.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura– Colaborador (**obrigatório**)

Assinatura e Carimbo – Gestor da Unidade/Gestor municipal (**obrigatório**)



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde

