

Título: TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE ACESSO AOS SISTEMAS

Número:
SEGEQ 22

Eu,.....

CPF:..... **RG**:..... **Cargo**:.....

E-mail:..... **Telefone**:().....

Seção/Unidade de Saúde:..... **Município**:.....

CNES da Unidade de Saúde:.....

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

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. Respeitar as normas de segurança e restrições de sistema impostas pelos sistemas de segurança implantados no Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros - LACEN/SES/GO (tais como privilégio e direitos de acesso).

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

VIII. 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.

IX. Responder, em todas as instâncias, pelas consequências das ações ou omissões da parte dos usuários por mim autorizados que possam pôr em risco ou comprometer a exclusividade de conhecimento de suas senhas, ou das transações a que tenham acesso.

Declaro estar ciente de que o não cumprimento de qualquer item dos requisitos estabelecidos neste documento poderá acarretar medidas disciplinares e legais cabíveis.

- GAL** **AMBIENTAL** **ANIMAL** **BIOLOGIA MÉDICA** **CONTROLE DE QUALIDADE**
- GEAP**
- HARPYA**
- PROMEC**
- SILACEN**

Usuário

Chefe Imediato (Carimbo)

Data: _____ / _____ / _____