

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E USO DOS SISTEMAS

CONSIDERANDO que a **UNIMED PINDAMONHANGABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** disponibiliza a seus colaboradores e cooperados ativos de informação, segredos de negócios, dados, relatórios, cadastros, dados clínicos, exames, notícias de pacientes e colaboradores e recursos computacionais exclusivamente para que os mesmos possam desempenhar suas atividades profissionais;

CONSIDERANDO que a **UNIMED PINDAMONHANGABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** é a única proprietária de todos os ativos de informação, segredos de negócios, dados, relatórios, cadastros, dados clínicos, exames, notícias de pacientes, colaboradores, cooperados e recursos computacionais, dessa forma, sendo responsável por todos os custos com os mesmos, existindo assim expectativa de privacidade no uso dos recursos acima mencionados;

CONSIDERANDO que a **UNIMED PINDAMONHANGABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** poderá ser seriamente impactada pela má utilização de seus ativos de informação, segredos de negócios, dados, relatórios, cadastros, dados clínicos, exames, notícias de pacientes, colaboradores, cooperados e recursos computacionais;

Eu, _____, portador (a) do RG nº _____, inscrito (a) no CPF sob número _____, na qualidade de empregado ou cooperado da Unimed Pindamonhangaba, declaro que:

1. Recebi e tenho conhecimento e acesso à Política de Segurança da Informação e a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais, bem como as demais normas e procedimentos de Segurança da Informação necessários ao meu trabalho, que se encontram disponíveis no sistema SIGQUALI (<https://usuario.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do>) e no sistema TASY, no seguinte caminho: Tasy/Consulta da Qualidade/Política de Segurança da Informação, ou na área restrita do cooperado, aos quais li na íntegra, tomando conhecimento e ciência de suas disposições;

2. Compreendi completamente os termos, diretrizes, conceitos e condições de uso da Política de Segurança da Informação, bem como as demais normas e procedimentos de Segurança da Informação necessárias ao meu trabalho, me comprometendo a cumprir integralmente as disposições constantes em tais documentos;

3. Estou ciente e de acordo que, tanto os ativos de informação, quanto a infraestrutura tecnológica da **UNIMED PINDAMONHANGABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** somente poderá ser utilizada para fins exclusivamente profissionais e relacionados às atividades da organização;

4. Estou ciente que é realizado o monitoramento de todos os acessos e comunicações ocorridos através da infraestrutura tecnológica da **UNIMED PINDAMONHANGABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**;

5. Estou ciente que violações da Política de Segurança da Informação e da Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais, bem como as demais normas e procedimentos de Segurança da Informação são passíveis de sanções e punições, podendo incorrer em responsabilização legal nas esferas administrativas, cíveis e penal, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados Lei 13.709/18 (LGPD) e das demais legislações em vigor e;

6. Comprometo-me a manter o mais absoluto sigilo com relação a toda e qualquer informação, segredos de negócios, dados, relatórios, cadastros, dados clínicos, exames e outras notícias de pacientes, colaboradores e cooperados, e a não revelar, fato ou informações de qualquer natureza a que tenha conhecimento por forças das minhas atribuições, mesmo após o encerramento do contrato de trabalho ou desligamento da **UNIMED PINDAMONHANGABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**.

O presente Termo tem natureza irrevogável e irretratável, e o seu não cumprimento acarretará todos os efeitos de ordem penal, civil e administrativa contra seus transgressores, sendo, inclusive, hipótese de demissão por justa causa.

Pindamonhangaba, ____ de _____ de _____

Nome:

Cargo:

CPF: