

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO ACESSO AO SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Pelo presente instrumento, considerando a Lei de Acesso à Informação nº 12.527/2011 e o Decreto Presidencial que a regulamento nº 7.724/2012, ficam definidas as responsabilidades dos servidores públicos da Secretaria de Estado da Saúde do RS que possuem acesso ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), pela guarda e uso das bases de dados, respeitando a legislação vigente e assumindo as seguintes responsabilidades:

1. Utilizar o SINANNET ( ), SINAN Online ( ), SINAN Influenza Web ( ) única e exclusivamente para consultar e qualificar o Banco de Dados para fins de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória (DNCs);
2. Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nesta base de dados;
3. Não disponibilizar, emprestar ou permitir acesso de pessoas ou instituições não autorizadas a esta(s) base(s) de dados.
4. Não divulgar, por qualquer meio, dados ou informações contendo o nome dos indivíduos ou outras variáveis que permitam a identificação do indivíduo e que afetem, assim, a confidencialidade dos dados contidos nesta base de dados;
5. Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade desta(s) base(s) de dados;
6. Publicar/divulgar somente dados quantitativos, citando a fonte da seguinte maneira: “Fonte: SINAN/CEVS/SES/RS”.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÃNCIA EM SAÚDE

Desta forma, o(a) profissional(a):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado no (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Unidade(órgão): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço da unidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Login de Rede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do Computador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara estar ciente e de acordo com todas as condições constantes neste Termo e de sua responsabilidade legal, assumindo inteira responsabilidade pelas consequências da utilização indevida da(s) base(s) de dados.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Profissional

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do responsável legal pela instituição