**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Pelo presente instrumento, eu <<NOME>>, <<ESTADO CIVIL>>, <<PROFISSÃO>>, inscrito no CPF nº <<CPF>>, residente e domiciliado em <<ENDEREÇO>>, membro vinculado ao <<ENTIDADE SOLICITANTE>>, inscrito no CNPJ nº <<CNPJ>>, com sede na <<ENDEREÇO>>, firmo o presente termo de confidencialidade, a partir dos termos e condições a seguir delineados:

**CONSIDERANDO** a participação em grupo de trabalho no âmbito do Governo do Estado de Santa Catarina para cooperação com o trabalho de <<DESCREVER PROJETO OU INICIATIVA>>;

**CONSIDERANDO** o relevante interesse público para o qual as ações definidas no âmbito desta cooperação <<INSERIR NÚMERO>> se destinam, a magnitude e abrangência estadual das ações de saúde pública conforme <<INSERIR LEGISLAÇÃO>>;

**CONSIDERANDO** que as ações do grupo envolvem o tratamento de dados pessoais de caráter sigiloso da população catarinense, cuja divulgação ou tratamento indevido é capaz de gerar enormes prejuízos a interesses individuais dos titulares e de toda a coletividade catarinense;

**CONSIDERANDO** que todas as ações compreendidas nesta cooperação são voluntárias, não remuneradas sob qualquer hipótese, exclusivamente destinadas ao <<NOME PROJETO OU INICIATIVA>>, justificadas unicamente pelo interesse público a que visam alcançar, limitadas ao período determinado pelas autoridades públicas no instrumento <<INSERIR NÚMERO>>;

**CONSIDERANDO** que as ações são de caráter multidisciplinar e exigem o esforço conjunto de profissionais de diversas áreas, os quais terão acesso a esses dados para contribuir com suas respectivas especialidades, limitados ao estritamente necessário para tanto.

# CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

* 1. Este termo visa garantir que o tratamento dos dados utilizados no âmbito desta cooperação no <<DESCREVER PROJETO OU INICIATIVA>> seja realizado com a mais estrita confidencialidade e segundo os princípios da boa-fé, da finalidade, da adequação, da necessidade, da transparência, da segurança, da prevenção, da não discriminação, da responsabilização e prestação de contas.
  2. São considerados dados para os fins do presente termo, todas as informações, documentos e conhecimentos coletados e gerados, anonimizados ou não, contidos em qualquer meio, suporte ou formato, para o desenvolvimento das ações de <<DESCREVER PROJETO OU INICIATIVA>>, no âmbito desta cooperação, bem como as análises decorrentes do trabalho de inteligência de dados desenvolvido.

# CLÁUSULA SEGUNDA – DA CONFIDENCIALIDADE

Por este termo, o subscritor se obriga a:

* 1. Não revelar quaisquer dados incluídos no escopo das ações para terceiros, até mesmo para membros internos da organização ao qual está vinculado e que não estejam diretamente envolvidos nos trabalhos, exceto mediante o prévio consentimento por escrito das autoridades responsáveis pela condução do trabalho;
  2. Não fazer uso nem permitir que outros façam de quaisquer dados para qualquer outro propósito que não seja aquele para os quais foram revelados;
  3. Não divulgar, publicar ou circular os dados junto a terceiros, exceto entre aqueles que tenham prévia autorização das autoridades públicas responsáveis firmados em documento timbrado e assinado;
  4. Empreender boas práticas e todas as medidas de segurança da informação aptas a garantir a segurança, o sigilo e a integridade dos dados;
  5. Exercer quanto aos dados o mesmo grau de cuidado e zelo que exercem no tratamento de seus próprios dados sigilosos;
  6. A obrigação de sigilo e uso exclusivo de dados para o <<DESCREVER PROJETO OU INICIATIVA>> persiste em relação aos dados pessoais e de empresas, de caráter público, obtidos através do acesso aos bancos de dados disponibilizados por órgãos públicos ou entidades e empresas parceiras.

# CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIOLAÇÃO DO ACORDO, SANÇÕES E PENALIDADES.

* 1. O subscritor reconhece e aceita que, na hipótese de violação comprovada de quaisquer das cláusulas deste Termo, estará sujeito a todas as sanções e penalidades nos termos da legislação brasileira, sujeitando-se ainda aos procedimentos judiciais cabíveis relativos às perdas e danos a que der causa.

# CLÁUSULA QUARTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

* 1. O subscritor declara estar ciente de que também é sua responsabilidade garantir que todos os dados sejam eliminados do banco de dados das sociedades/instituições após o encerramento das ações de <<DESCREVER PROJETO OU INICIATIVA>>, não sendo permitida a manutenção de cópias ou dados, exceto para os órgão públicos em relação aos dados já existentes em seus bancos de dados antes do início dos trabalhos.
  2. O Subscritor concorda que as obrigações aqui assumidas serão válidas enquanto perdurar sua atuação nesta cooperação, o que será determinado pela autoridade responsável, a contar da data deste instrumento.
  3. Qualquer cessão ou alteração deste Termo sem o consentimento prévio e por escrito das autoridades responsáveis será nula e sem efeito.
  4. Nenhuma omissão com relação ao cumprimento deste Termo, ou ao exercício de qualquer direito ou medida resultante do inadimplemento deste, será considerada como renúncia ou novação.

# CLÁUSULA QUINTA – FORO DO ACORDO.

* 1. As partes, Secretaria de Estado da Saúde e o subscritor, elegem o Foro desta Capital do Estado de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir as questões resultantes deste Acordo.

O presente Termo de Confidencialidade tem por objeto a liberação de acesso aos <<NOME SISTEMA, BANCO DE DADOS, PAINEL OU OUTRO>>, com vigência de 03 (três) meses, a partir da data de assinatura.

E assim, por estar de acordo com as cláusulas aqui pactuadas, firma o presente termo, que será digitalizado e anexado ao correspondente processo administrativo.

cidade/estado, dia de mês de ano.

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Nome:

**CPF:**

# FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO

* + 1. Preencher os campos do Termo de Confidencialidade,
    2. Preencher os campos abaixo com seus dados pessoais;
    3. Selecionar os painéis desejados na tabela abaixo, conforme sua necessidade de acesso;
    4. Imprimir e rubricar todas as páginas;
    5. Anexar o documento assinado e enviar para o email [ditig@saude.sc.gov.br](mailto:ditig@saude.sc.gov.br%20) com o assunto: ACESSO <<AO NOME DO SISTEMA, ETC.>>.

# DADOS DO SOLICITANTE/SERVIDOR/USUÁRIO

Nome COMPLETO: Fábio Massahiro Kosaka

CPF: 119.430.878-30 Matrícula: 719-6

E-mail Institucional: [fabio.kosaka@mpt.mp.br](mailto:fabio.kosaka@mpt.mp.br)

Órgão/Instituição: Ministério Público do Trabalho

Setor (por extenso): Secretaria de Pesquisa e Análise de Informações

SIGLA: SPAI Fone celular: 19-98124.6681 Ramal:

# FINALIDADE DO ACESSO (descrever): Solicita-se o compartilhamento na forma de DUMP, com dados não anonimizados, ou seja, identificados.