

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**SECRETARIA EXECUTIVA**

**DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS**

**TERMO DE CIÊNCIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º | | | |  | | |
| PROCESSO LICITATÓRIO | | |  | | | |
| OBJETO |  | | | | | |
| CONTRATO N° | |  | | | CONTRATADA |  |

Pelo presente instrumento, eu **Nome do funcionário**, CPF **nº**, RG **nº** , expedida em **dd/mm/aaaa**, **órgão expedidor** , prestador de serviço, ocupando o cargo de **xxxx**, na empresa, que firmou Contrato com o Ministério da Saúde, DECLARO, para fins de cumprimento de obrigações contratuais e sob pena das sanções administrativas, civis e penais, que tenho pleno conhecimento de minha responsabilidade no que concerne ao sigilo que deve ser mantido sobre os assuntos tratados, as atividades desenvolvidas e as ações realizadas no âmbito do Ministério da Saúde, bem como sobre todas as informações que, por força de minha função ou eventualmente, venham a ser do meu conhecimento, comprometendo-me a guardar o sigilo necessário a que sou obrigado nos termos da legislação vigente.

DECLARO, ainda, nos termos da Política de Segurança da Informação e   
Comunicações do Ministério da Saúde, Portaria nº 271 de 27 de janeiro de 2017,   
estar ciente e CONCORDO com as condições abaixo especificadas, responsabilizando-  
me por:

I. tratar o (s) ativo (s) de informação como patrimônio do Ministério da Saúde;

II. utilizar as informações em qualquer suporte sob minha custódia,   
exclusivamente, no interesse do serviço do Ministério da Saúde;   
III. não utilizar ou divulgar em parte ou na totalidade, as informações de propriedade ou custodiadas, sob qualquer forma de armazenamento, pelo Ministério da Saúde sem autorização prévia do gestor ou responsável pela informação;   
IV. contribuir para assegurar a disponibilidade, a integridade, a confidencialidade e a autenticidade das informações;

V. utilizar credenciais ou contas de acesso e os ativos de informação em conformidade com a legislação vigente e normas específicas do Ministério da Saúde;

VI. utilizar a estação de trabalho do Ministério da Saúde, alocada para meu uso, somente para guarda de informações do ministério;

VII. não efetuar cópia de informações de minha estação de trabalho e de servidores que tenho acesso, em caso de desligamento da empresa contratada;

VIII. Responder, perante o Ministério da Saúde, pelo uso indevido das minhas credenciais ou contas de acesso e dos ativos de informação.

Brasília, DF, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20 .

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

**Nome do Funcionário**

**Cargo**

**CPF nº**

Ciente:

Brasília, DF, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20 .

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

Representante Legal da Empresa

Nome

CPF: