



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO V

PORTARIA CONJUNTA Nº 3 /DIRAT/DIRBEN/INSS, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2017

TERMO DE COMPROMISSO DE MANUTENÇÃO DE SIGILO – TCMS E CIÊNCIA DE RESPONSABILIDADES

Eu, _____, brasileiro (a), CPF nº: _____, RG nº: _____
 _____ emitido em: ____/____/____ por SSP/____, filho (a) de
 _____ (pai) e _____ (mãe),
 residente na _____, nº____, Bairro _____, cidade
 _____, CEP: _____, perante o Instituto Nacional do Seguro Social, declaro ter
 ciência inequívoca da legislação sobre o tratamento de informação classificada cuja divulgação possa
 causar risco ou dano à segurança da sociedade ou do Estado, e me comprometo a guardar o sigilo
 necessário, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, e a:

- a) tratar as informações classificadas em qualquer grau de sigilo ou os materiais de acesso restrito que me forem fornecidos pelo INSS e preservar o seu sigilo, de acordo com a legislação vigente;
- b) preservar o conteúdo das informações classificadas em qualquer grau de sigilo ou dos materiais de acesso restrito, sem divulgá-lo a terceiros;
- c) não praticar quaisquer atos que possam afetar o sigilo ou a integridade das informações classificadas em qualquer grau de sigilo ou dos materiais de acesso restrito;
- d) não copiar ou reproduzir, por qualquer meio ou modo: (I) informações classificadas em qualquer grau de sigilo; (II) informações relativas aos materiais de acesso restrito do INSS, salvo autorização da autoridade competente;
- e) acessar o conteúdo das informações não classificadas como sigilosas, podendo utilizá-las, copiá-las ou reproduzi-las por qualquer meio ou modo, exclusivamente no exercício das atividades funcionais que me compete exercer; e
- f) em sendo gestor de acesso aos dados, me comprometo, ainda, a colher a assinatura do TCMS do usuário a quem eu compartilhar o acesso e enviá-lo à Gerência-Executiva do INSS do local da sede do meu órgão.

Declaro ter ciência das responsabilidades inerentes às atribuições a mim conferidas em virtude do ajuste firmado pelo INSS e a **ENTIDADE PARCEIRA**, que por estar de acordo com este Termo, o assino na presença das testemunhas abaixo identificadas.

[Cidade/UF], de _____ de 20__.

TESTEMUNHAS:

Nome:

CPF:

Assinatura:

Nome:

CPF:

Assinatura:

Referência: Caso responda este Documento, indicar expressamente o Processo nº 35014.051804/2022-16

SEI nº 6450002