

ANEXO B – TERMO DE RESPONSABILIDADE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONFIDENCIALIDADE DIANTE DA CESSÃO OU ACESSO ÀS BASES DE DADOS QUE CONTENHAM INFORMAÇÕES PESSOAIS CUSTODIADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

As bases de dados de produção custodiadas pelo Ministério da Saúde deverão ser manuseadas de forma que as informações pessoais relativas à intimidade, vida privada, honra e imagem detidas pelos órgãos e entidades do Sistema Único de Saúde (SUS) tenham preservados seu sigilo e os dados com informações pessoais protegidos de acesso e uso indevido, conforme previsto na Resolução CIT n. XXX de XX/XX/2018.

Pelo presente instrumento, na qualidade de responsáveis pela guarda e uso da(s) base(s) de dados dos Sistemas de Informação: x, y, solicitados pelo(a) _____
_____ [nome da instituição solicitante] ao Ministério da Saúde, assumimos as seguintes responsabilidades, conforme dispõe o art. 26 da mencionada Resolução:

- a) Guardar sigilo e zelar pela privacidade das pessoas e fatos relacionados ou listados nas informações da base de dados acessada ou cedida;
- b) Não realizar contatos ou visitas ao domicílio da família da pessoa, cuja informação pessoal fora disponibilizada, para quaisquer tipos de complementação de informação, devendo usar os registros dos sistemas de informação apenas como fonte da informação do endereço e outros dados sobre o evento em saúde;
- c) Guardar sigilo sobre eventuais senhas fornecidas para acesso à base de dados contendo informações pessoais em saúde;
- d) Não repassar, comercializar ou transferir a terceiros as informações individualizadas obtidas da base de dados acessada ou cedida;
- e) Não disponibilizar, emprestar ou permitir acesso de pessoas ou instituições não autorizadas às informações pessoais em saúde disponibilizadas;
- f) Guardar os dados contendo informações pessoais cedidas e manipuladas em mídias e locais que não permitam o acesso, físico ou lógico, de pessoas não autorizadas;
- g) Não divulgar, por qualquer meio, inclusive nos relatórios de conclusão da pesquisa, dados ou informações contendo os nomes ou quaisquer outras variáveis que permitam a identificação de indivíduos ou que afetem a confidencialidade das informações pessoais em saúde;
- h) Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade da base de dados originalmente cedida;
- i) Utilizar as informações contidas nas bases de dados exclusivamente para as finalidades descritas no formulário de solicitação e aprovadas pelo Gestor Competente do sistema de informação correspondente;

- j) Não utilizar isoladamente as informações contidas nas bases de dados acessadas ou cedidas para tomar decisões sobre a identidade das pessoas relacionadas nas bases, para fins de benefício ou outros tipos de atos restritivos de direitos ou punitivos, sem a devida certificação dessas identidades a partir de outras fontes;
- k) Não copiar os dados recebidos, para outras mídias, ou disco rígido, e, caso precise fazê-lo, apagar de modo a não permitir a recuperação total ou parcial das informações, ao final da apuração dos resultados;
- l) Inutilizar a mídia em que recebeu os dados gravados de modo a não permitir a recuperação total ou parcial das informações, após a sua utilização;
- m) Reportar ao Gestor Competente limitações encontradas durante a utilização dos dados acessados ou cedidos, resultante de problemas com a qualidade ou integridade desses dados; e
- n) Comunicar imediatamente ao Gestor Competente caso haja quebra de segurança da informação.

Desta forma, o(a) _____ [nome da instituição solicitante] assume total responsabilidade pelas consequências legais pela utilização indevida desta(s) bases de dados, por parte de servidores desta instituição ou por terceiros.

| SISTEMA DE INFORMAÇÃO | ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA | PERÍODO | OUTROS FILTROS DE INTERESSE |
|-----------------------|------------------------|---------|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Brasília-DF, ____ de _____ de 20__.

Técnico(s) Responsável(is) pelo uso e guarda da(s) base(s) de dados solicitada(s):

| | |
|---------------|---------|
| Nome: | |
| Identidade: | CPF: |
| Telefone: | e-mail: |
| Cargo/função: | |
| Assinatura: | |

| | |
|---------------|---------|
| Nome: | |
| Identidade: | CPF: |
| Telefone: | e-mail: |
| Cargo/função: | |
| Assinatura: | |

| | |
|---------------|---------|
| Nome: | |
| Identidade: | CPF: |
| Telefone: | e-mail: |
| Cargo/função: | |
| Assinatura: | |

| | |
|---------------------------|---------|
| Instituição: | |
| Responsável legal (nome): | |
| Cargo: | |
| Identidade: | CPF: |
| Telefone: | e-mail: |
| Cargo/função: | |
| Assinatura: | |