

TERMO DE RESPONSABILIDADE/ SIGILO E ASSINATURA ELETRÔNICA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR/TASY

Nome do profissional: _____

CPF: ____ . ____ . ____ - ____ Código do Crachá: _____

Cargo / Função: _____

Declaro ciência que o contrato ao qual represento para as atividades que irei desenvolver perante este Hospital, bem como o Conselho ao qual pertenço exigem que qualquer ação e/ou atendimento assistencial voltado aos pacientes esteja vinculado à identificação, via Assinatura Eletrônica, de quem realizou o atendimento, garantindo assim total responsabilidade pelo ato.

Declaro ciência e pleno acordo com as obrigações enumeradas nos itens 1 e 2 que constam no presente documento.

Declaro, ainda, neste ato, total responsabilidade e sigilo dos procedimentos acima descritos, das obrigações anexas ao presente Termo de Responsabilidade e ao Código de Conduta deste Hospital, comprometendo-me a respeitá-los e cumpri-los plena e integralmente.

Curitiba/PR, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional

Testemunhas:

Assinatura: _____

Nome: _____

CPF : ____ . ____ . ____ - ____

Assinatura: _____

Nome: _____

CPF: ____ . ____ . ____ - ____

1. OBRIGAÇÕES NO QUE TANGE À RESPONSABILIDADE E SIGILO

- a. É minha responsabilidade cuidar da integridade, confidencialidade e disponibilidade dos dados, informações contidas nos sistemas, e da infraestrutura de tecnologia da informação a que tenha acesso, devendo comunicar por escrito aos responsáveis, de quaisquer indícios ou possibilidades de irregularidades, de desvios ou falhas identificadas no sistema e na infraestrutura de tecnologia da informação, sendo proibida a exploração de falhas ou vulnerabilidades porventura existentes.
- b. Acessar os sistemas informatizados pertinentes ao Hospital Universitário Cajuru somente por necessidade de serviço, realizando as tarefas e operações, em estrita observância aos procedimentos, normas e disposições contidas nas normas internas do Hospital que rege os acessos a estes ativos de tecnologia da informação.
- c. Não me ausentar sem encerrar/ finalizar a sessão de uso do sistema, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por terceiros.
- d. Não revelar minha senha de acesso ao (s) sistema (s) a ninguém e tomar o máximo de cuidado para que ela permaneça somente de meu conhecimento.
- e. Devo alterar minha senha, sempre que obrigatório ou que tenha suposição de descoberta por terceiros, não usando combinações simples que possam ser facilmente descobertas.
- f. Manter a necessária cautela quando da exibição de dados em tela, impressora ou na gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar que deles venham a tomar ciência pessoas não autorizadas.
- g. Respeitar as normas de segurança e restrições de sistema impostas pela política de segurança da informação referente a este hospital (tais como privilégio e direitos de acesso).
- h. Observar e Cumprir as Boas Práticas de Segurança da Informação, e suas diretrizes, bem como este Termo de Responsabilidade.
- i. Responder, em todas as instâncias, pelas consequências das ações ou omissões de minha parte que possam pôr em risco ou comprometer a exclusividade de conhecimento de minha senha ou das transações a que tenha acesso.
- j. Constitui descumprimento de normas legais, regulamentares e quebra de sigilo, divulgar dados obtidos dos sistemas de informação e na infraestrutura de tecnologia da informação, aos quais tenha acesso, para outros usuários não envolvidos nos trabalhos executados.
- k. Constitui infração funcional e penal inserir ou facilitar a inserção de dados falsos, alterar ou excluir indevidamente dados corretos dos sistemas ou bancos de dados da Administração Pública, com o fim de obter vantagem indevida para si ou para outros ou para causar dano; bem como modificar ou alterar o sistema de informações ou programa de informática sem autorização ou sem solicitação de autoridade competente; ficando o infrator sujeito as punições previstas no Código Penal Brasileiro, conforme responsabilização por crime contra a Administração Pública, tipificado no art. 313-A e 313-B da Lei nº 9.983, de 14 de julho de 2000.

- l.** Declaro pelo presente instrumento, perante ao Hospital Universitário Cajuru, na qualidade de usuário de informática deste hospital, estar ciente e de acordo com os procedimentos acima descritos, comprometendo-me a respeitá-los e cumpri-los plena e integralmente, além de manter sempre verossímeis os dados por mim imputado na minha área de competência, bem como, estar ciente da Política de Segurança da Informação devendo cumpri-las fielmente.
- m.** Sem prejuízo das responsabilidades penal e civil, e de outras infrações disciplinares, constitui falta de zelo e dedicação às atribuições do cargo e descumprimento de normas legais e regulamentares, não proceder com cuidado na guarda e utilização de senha ou emprestá-la a outro usuário, ainda que habilitado.

2. OBRIGAÇÕES NO QUE TANGE À ASSINATURA ELETRÔNICA

- a.** Nesta data confirmo e atesto que assinei o Cartão Prontuário Eletrônico com a numeração do meu código funcional, o qual será digitalizado em meu cadastro junto ao hospital, a qual deve ser obrigatoriamente a única usada em todos os meus acessos no sistema de informação hospitalar.
- b.** Registro Profissional do seu Conselho neste estado (PR): _____.

Estando de acordo com as obrigações que constam do item 2, assinar no centro do quadro.

