**Ministério da Saúde**

Secretaria Executiva Departamento de Informática do SUS

# Modelo de Termo de Ciência

**1.** O presente modelo deverá ser utilizado para elaborar o Termo de Ciência, a ser assinado por todos os empregados das empresas contratadas diretamente envolvidos na contratação. O modelo contém a declaração de ciência das obrigações quanto à confidencialidade das informações e quanto às normas de segurança vigentes da contratante.

**TERMO DE CIÊNCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º** |  |
| **PROCESSO LICITATÓRIO** |  |
| **OBJETO** |  |
| **CONTRATO N.º** |  |

Pelo presente instrumento, eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida em \_\_\_\_\_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_/\_\_, prestador de serviço, ocupando o cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 3.207 de 20 de outubro de 2010, estar ciente e **CONCORDO** com as condições abaixo especificadas, responsabilizando-me por:

1. tratar o(s) ativo(s) de informação como patrimônio do Ministério da Saúde;
2. utilizar as informações em qualquer suporte sob minha custódia, exclusivamente, no interesse do serviço do Ministério da Saúde;
3. 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;
4. contribuir para assegurar a disponibilidade, a integridade, a confidencialidade e a autenticidade das informações;
5. utilizar credenciais ou contas de acesso e os ativos de informação em conformidade com a legislação vigente e normas específicas do Ministério da Saúde;
6. responder, perante o Ministério da Saúde, pelo uso indevido das minhas credenciais ou contas de acesso e dos ativos de informação.

Cidade/UF, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_.

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

Nome do Funcionário

Cargo CPF nº Ciente:

Cidade-UF, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_.

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

Nome do Diretor ou representante legal da empresa

Cargo

CPF nº