



TERMO DE RESPONSABILIDADE DE USO DO SISTEMA DE CONTROLE E DISPENSAÇÃO DAS FARMÁCIAS SISFARMA

UNIDADE: _____

Eu _____

Cargo/Função: _____ Matrícula: _____

CPF nº _____ Tel: () _____

declaro possuir perfil de:

() **Atendente:** acesso somente a realizar dispensação de medicamentos, visualizar estoque e relatórios;

() **Atendente Gerencial:** específico para unidades que não tem farmacêutico. Acesso equivalente ao de farmacêutico;

() **Farmacêutico:** Dispensação, solicitações de medicamentos (MAPA MENSAL E EXTRA), entrada de medicamentos, estoque, saídas diversas e relatórios.

tendo-o sob minha responsabilidade e comprometo-me a:

- I. Utilizar os dados dos sistemas informatizados de acesso restrito e exclusivo para fins de desenvolvimento das minhas atividades que me foram atribuídas e manter a necessária cautela quando da exibição de dados em tela, impressora ou na gravação em mídias eletrônicas, a fim de evitar que deles venham a tomar ciência pessoas não autorizadas;
- II. Não me ausentar da estação de trabalho sem encerrar a sessão de uso do sistema, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por terceiros;
- III. 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;
- IV. Alterar minha senha, sempre que obrigatório ou que tenha suposição de descoberta por terceiros, não usando combinações simples que possam ser facilmente descobertas;
- V. Observar e cumprir as Boas Práticas de Segurança da Informação, e suas diretrizes, bem como este Termo de Responsabilidade;
- VI. 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.

Declaro, ainda, estar plenamente esclarecido e consciente que:

- É minha responsabilidade cuidar da integridade, confidencialidade e disponibilidade dos dados, informações contidas nos sistemas, devendo comunicar por escrito à Secretaria



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Publicada no Diário Oficial dos Municípios do Estado de Rondônia
ANO XIV Nº 3349 - 17 de novembro de 2022



Municipal de Saúde – Gestão de Assistência Farmacêutica e a minha chefia imediata quaisquer indícios ou possibilidades de irregularidades, de desvios ou falhas identificadas no sistema, sendo proibida a exploração de falhas ou vulnerabilidades por ventura existentes;

- Constitui descumprimento de normas legais, regulamentares e quebra de sigilo funcional divulgar dados obtidos do sistema aos quais tenho acesso para outros servidores não envolvidos nos trabalhos executados;
- Sem prejuízo da responsabilidade 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 servidor, ainda que habilitado;
- Constitui infração funcional e penal inserir ou facilitar a inserção de dados falsos, alterar ou excluir indevidamente dados corretos do sistema ou bancos de dados da Administração Pública, com o fim de obter vantagem indevida para si ou para outrem 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 às punições previstas no Código Penal Brasileiro, conforme responsabilização por crime contra a Administração Pública, tipificado no art. 313-A e 313-B;
- Ter conhecimento da LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018 que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

Declaro, nesta data, ter ciência e estar 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 de instituição e de minha área de competência.

Porto Velho, _____ de _____ de _____.

Responsável Legal (Usuário do Sistema).

Responsável pela Unidade de Saúde.