



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA



**TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONFIDENCIALIDADE**

Módulo: [ ] Biol. Méd. Humana – [ ] Ambiental – [ ] Animal  
[ ] Controle Qualidade – [ ] Adm. GAL

Eu, \_\_\_\_\_, portador da Cédula de Identidade sob o nº \_\_\_\_\_ órgão expedidor: \_\_\_\_\_, Cadastro de Pessoa Física sob o nº: \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na cidade de: \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, funcionário(a) [ ] Público; [ ] Rede Privada.

**Esfera:** [ ] Federal, [ ] Estadual, [ ] Municipal - **Vínculo:** [ ] Estatutário; [ ] Emergencial; [ ] Comissionado.

Secretaria/Órgão/Estabelecimento que Trabalha: \_\_\_\_\_, Unidade

Saúde: \_\_\_\_\_, CNES unidade: \_\_\_\_\_, Sob matrícula funcional de

nº: \_\_\_\_\_, exercendo o cargo/função: \_\_\_\_\_,

número Registro Conselho de Classe Profissional(quando couber): \_\_\_\_\_,

Telefone/contato:( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_, E-mail funcional e pessoal: \_\_\_\_\_

doravante designada simplesmente RESPONSÁVEL, se compromete, por intermédio do presente TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONFIDENCIALIDADE, por parte de terceiros, a não divulgar, sem autorização, quaisquer informações indevidas do banco de dados do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial, conforme explicado abaixo:

***Comprometo-me a:***

**1**– Tratar com estrita confidencialidade toda e qualquer informação documentada ou não, recebida por mim no desempenho das minhas funções concernentes ao Sistema de Gerenciamento Laboratorial – GAL, e não divulgar tais informações a quaisquer outras pessoas ou organizações, incluindo outros empregadores ou contratantes;

**2** – Não produzir cópias, ou de qualquer outra forma reproduzir, ou ainda transferir para outra parte, senhas, acesso e/ou quaisquer outros documentos referentes a usuários assim como informações confidenciais referentes a laudos de pacientes, nem a exclusão dos mesmos sem autorização previa dos administradores do sistema, em conformidade com as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**

O presente Termo de Responsabilidade e Confidencialidade tem por objeto a concessão de acesso ao(s) banco(s) de dados do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (Sistema GAL).

**Parágrafo Primeiro:** A concessão do acesso ao(s) banco(s) de dados do Sistema GAL, caberá ao Laboratório Central de Saúde Pública do Estado de Rondônia – LACEN/RO.

**Parágrafo Segundo:** Caberá ao RESPONSÁVEL a definição das informações que serão disponibilizadas pelo o(s) banco(s) de dados do Sistema GAL disponibilizado pelo LACEN/RO.

**Parágrafo Terceiro:** O RESPONSÁVEL fica obrigado a notificar imediatamente qualquer suspeita do uso não autorizado de quaisquer informações contidas no banco(s) de dados ou qualquer quebra de segurança de seu conhecimento.

**CLÁUSULA SEGUNDA**

As informações do(s) banco(s) do Sistema GAL, disponibilizadas ao RESPONSÁVEL **serão utilizadas, única e exclusivamente, com a finalidade de consulta, seja por paciente, agravo ou metodologia, relatórios, sendo vedado fazer outro uso.**

**Parágrafo Primeiro:** Para efeito de publicação, caberá ao Coordenador-Geral/GAL/LACEN/RO a devida liberação/autorização, após analisar o caso específico.

**Parágrafo Segundo:** O ato de publicar, mencionado no parágrafo anterior, não vincula ao LACEN/RO em eventual responsabilidade contida na CLÁUSULA SEXTA.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA



**Parágrafo Terceiro:** Havendo a autorização para publicação, o RESPONSÁVEL obriga-se a mencionar o **Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial, o Laboratório Central de saúde Pública do Estado de Rondônia – LACEN/RO e a Coordenação-Geral de Laboratório de Saúde Pública, como fontes dos dados.**

**CLÁUSULA TERCEIRA**

Para concessão do objeto estabelecido neste Termo de Responsabilidade e Confidencialidade, o RESPONSÁVEL deverá assumir as seguintes responsabilidades:

- I. Utilizar esta base de dados única e exclusivamente para as finalidades descritas na Cláusula Segunda, Parágrafo Primeiro e Parágrafo Terceiro, deste documento, salvo autorização, por escrito, expressa pela CGLAB/DAEVS/SVS;
- II. Não disponibilizar, emprestar, comercializar, divulgar ou permitir a pessoas ou instituições não autorizadas pelo LACEN/RO o acesso a esta base de dados ou informações provenientes desta;
- III. Guardar sigilo e não divulgar, por qualquer meio, dados ou informações contendo o nome do paciente ou outras variáveis que permitam sua identificação e que afetem assim a confidencialidade dos dados contidos nesta base de dados;
- IV. Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade desta base de dados;
- V. O RESPONSÁVEL que fizer mal uso do Sistema assim como deixar de utilizar o mesmo no período de 60(sessenta) dias, será automaticamente desativado.

**CLÁUSULA QUARTA**

O RESPONSÁVEL declara conhecer e observar toda legislação relacionada à guarda e sigilo de informações *(Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 e outras correlatas) assim como a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e outras correlatas assim como suas responsabilidades administrativas, civis e penais.*

**CLÁUSULA QUINTA**

As obrigações a que alude este instrumento perdurarão inclusive após a cessação do vínculo contratual entre o RESPONSÁVEL e o LACEN/RO e abrangem as informações presentes ou futuras.

**CLÁUSULA SEXTA**

O RESPONSÁVEL assume a responsabilidade pelas análises realizadas dos dados do Sistema GAL, especialmente por aqueles não divulgados oficialmente pelo LACEN/RO.

**CLÁUSULA SÉTIMA**

O presente termo terá vigência de **12 (doze) meses**, passando a vigorar a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, ou ser interrompido a qualquer momento a critério do Coordenador-Geral/GAL/LACEN/RO.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura:

Colaborador/Usuário: \_\_\_\_\_

Diretor/Coordenador Unidade: \_\_\_\_\_  
(carimbar e assinar)

**Alex Muniz**

Gerente/GAL/LACEN/RO  
300068897

**Poliane Reis**

Gerente/GAL/LACEN/RO  
300062108

**Wedner Cavalcante**

Gerente/TI/GAL/LACEN/RO  
300127889

**\*Observação:** Enviar o **TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONFIDENCIALIDADE** acima para **Laboratório Central de saúde Pública do Estado de Rondônia – LACEN/RO**, preenchido, assinado e digitalizado, físico e por e-mail.