



# ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL INFANTE D. HENRIQUE

## TERMO DE ACORDO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Eu, \_\_\_\_\_, contratado, estagiário ou prestador de serviço da Associação Portuguesa de Beneficência de São José do Rio Preto - SP concordo em tomar todas as precauções para assegurar a Confidencialidade, Integridade e não Disponibilidade de qualquer informação sigilosa seja ela interna ou externa, que tenha sido confiada a mim pela Empresa. Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas. Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas

Conforme contrato de trabalho, contrato de estágio ou contrato de prestação de serviço me comprometo, por meio deste **ACORDO DE SIGILO E NÃO DIVULGAÇÃO**, a não divulgar, sem autorização, quaisquer informações que tenha acesso, por meio digital e/ou eletrônico, em conformidade com as condições abaixo:

I – Reconheço que todas as informações que tiver acesso durante o período laboral são controladas; processadas; tuteladas pela Beneficência Portuguesa sob o mais estrito sigilo. Tais informações podem obter a classificação de segredo industrial ou segredo de negócio; como tal, devem ser tratadas com confidencialidade pertinente.

Tais informações não devem, em nenhuma hipótese, serem divulgadas a terceiros não autorizados e/ou não pertencentes ao quadro de colaboradores ativos da Beneficência Portuguesa.

II – No caso de dúvida, assumo o compromisso de consultar à Diretoria da Beneficência Portuguesa, assumindo a responsabilidade de manter qualquer informação sob sigilo até, de forma expressa, obter a diretiva sob os procedimentos a serem adotados com uma informação.

III – Ao término do contrato de trabalho, assumo compromisso de restituir à empresa qualquer material de propriedade desta, inclusive notas pessoais envolvendo informação sigilosa, registro de documentos de qualquer natureza que tenham sido criados, usados ou mantidos sob meu controle ou posse, assumindo o compromisso de não utilizar qualquer informação sigilosa ou confidencial a que teve acesso enquanto contratado.

IV – Assumo o compromisso de informar, imediatamente, a Beneficência Portuguesa a ocorrência de qualquer violação da segurança e/ou sigilo das informações que me forem confiadas, quer no meio digital, quer no meio físico.



## ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL INFANTE D. HENRIQUE

V – Compreendo e aceito que o descumprimento do presente Acordo de Sigilo e Não Divulgação implicará em responsabilidade civil e/ou criminal, pertinentes, que, comprovadamente, estiverem envolvidos no descumprimento ou na violação.

VI – As obrigações compreendidas por este documento perdurarão, inclusive, após o término do vínculo laboral abrangendo as informações passadas, presentes e/ou futuras.

Afirmo, ainda, que o meu compromisso é realizado de forma livre e esclarecida e estou de acordo também e com **CONSENTIMENTO DE USO DE DADOS DE COLABORARES**. Declaro, por meio deste documento, que fui apresentado (a) à Política de Consentimento de Uso de Dados de Colaboradores do hospital Beneficência Portuguesa, disponível para consulta no departamento pessoal e na pasta de gestão de documentos institucional.

Declaro que tomei conhecimento e fui esclarecido (a) de todo o conteúdo do documento, em específico naquilo que deixa explícito os dados, sensíveis ou não, coletados e sua finalidade. Declaro, também, ter o conhecimento e o entendimento de meus direitos sobre os dados sobre os quais sou titular.

Afirmo que o meu consentimento é realizado de forma livre e esclarecida.

São José do Rio Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Nome Completo:

---

CPF:

---

Assinatura:

---