

## **TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E NÃO DIVULGAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_  
portador do CPF n.º \_\_\_\_\_ por este TERMO  
DE CONFIDENCIALIDADE E NÃO DIVULGAÇÃO perante a Fundação Amaral  
Carvalho, declaro estar ciente de que, na condição de INTEGRANTE DE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA (MÉDICA E/OU MULTIPROFISSIONAL), terei acesso a  
informações, dados, sistema de computadores, protocolos técnicos e  
operacionais, metodologias e manuais, dentre outros, sobretudo dados de  
pacientes, inclusive obtidos verbalmente, doravante denominados simplesmente  
INFORMAÇÕES, que são desde já considerados sigilosos e, portanto, estou ciente  
sobre o dever de SIGILO e CONFIDENCIALIDADE ao qual me submeto, não  
podendo revelar e divulgar a quaisquer pessoas ou terceiros que não integrem o  
quadro de colaboradores e profissionais da Fundação e que não estejam  
submetidos ao dever de sigilo, observando as condições seguintes.

*Estão excluídas desta obrigação: a) se a divulgação fizer parte da minha descrição oficial de cargo ou houver autorização prévia e expressa do Diretor responsável ou do Superintendente; b) se a informação já for de conhecimento público; c) se a informação já for de conhecimento do Profissional antes de assumir sua atribuição.*

Declaro estar ciente e me comprometo a usar as INFORMAÇÕES apenas com o propósito de cumprir fielmente os fins determinados pela Fundação, revelando-as apenas aos Colaboradores e profissionais que tiverem necessidade de ter conhecimento sobre elas, bem como a manter procedimentos adequados de proteção e prevenção de extravio ou perda de qualquer documento ou informação, cuja ocorrência dessa natureza deverá ser comunicada à Fundação, o que não excluirá minha responsabilidade.

Desde já, estou proibido de produzir cópias, backup de arquivos, fotos, vídeos ou qualquer meio ou forma, de quaisquer documentos ou informações ou localizações que tenham chegado ao meu conhecimento em virtude da minha atribuição como Integrante de Programa de Residência (Médica e/ou Multiprofissional).

Compreendo que deverei devolver, íntegros e integralmente, todos os documentos e mídias com armazenamento de dados (Exemplo: pen drive, CD e HD externo) a mim fornecidos para o exercício de minha atribuição, na data estipulada pela Fundação para entrega, ou quando não for mais necessária a manutenção das INFORMAÇÕES confidenciais, comprometendo-me a não reter quaisquer reproduções, cópias ou segundas vias, sob pena de estar sujeito às penalidades legais e previstas neste Termo, bem como de responder judicialmente.

Comprometo-me a conhecer e cumprir o Código de Conduta da Fundação, bem como as Políticas e diretrizes de Segurança da Informação e de Notificação de irregularidades e violações que estejam em vigor ou que venham a ser editadas pela instituição, as quais tenho de respeitar, zelando sempre pela confidencialidade, integridade e disponibilidade de todos os dados e informações, os quais são tidos como sigilo profissional. Comprometo-me a participar de treinamentos, relativos à implementação de Políticas e procedimentos de qualidade e segurança, a fim de conhecer os meus direitos e deveres com relação aos serviços e informações disponibilizadas pela Fundação.

Declaro estar ciente de que poderei ser punido e responsabilizado na esfera administrativa, civil e criminal pela não observância das disposições de confidencialidade estabelecidas neste instrumento ou por facilitar a violação ou infração, descumprindo minhas obrigações, por ação ou omissão, enquanto Integrante de Programa de Residência da Fundação Amaral Carvalho, as quais deverei observar durante o exercício de minhas atribuições, bem como após o meu desligamento da Instituição, quer por vontade própria, quer por determinação da Comissão de Residência competente, pelo período de 10 (dez) anos a contar de minha saída.

Por ser verdade e por estar ciente e de acordo com essas condições, assino o presente instrumento para que este surta seus efeitos.

Jahu, ...../...../.....

---

Assinatura