**TERMO DE RESPONSABILIDADE E SIGILO SOBRE GUARDA DE SENHAS E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome, estado civil, profissão e endereço da pessoa que prestará a declaração), na qualidade de representante do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (incluir nome do cooperado ou clínica), comprometo-me a não divulgar a pessoas não autorizadas as senhas recebidas para acesso aos sistemas das operadoras com as quais a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e CNPJ da cooperativa), possui credenciamento para atendimento em consultório, utilizando-as estritamente para o cumprimento de minhas funções laborais, consistentes na consulta de elegibilidade e solicitação de autorizações prévias para atendimento aos beneficiários nas dependências dos consultórios.

Declaro ter plena ciência de que para a execução de todas as atividades a serem desenvolvidas mediante o tratamento dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis acessados a partir da utilização das senhas obtidas no site da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e CNPJ da cooperativa), as quais proporcionam acesso restrito aos portais dos convênios, deverei observar minuciosamente o conjunto de normas que trata da proteção de dados pessoais, empenhando-me para garantir que ocorra no estrito e rigoroso cumprimento da legislação aplicável sobre a privacidade e proteção de dados, em especial a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e suas eventuais alterações e regulamentações complementares.

Comprometo-me também a assegurar que os demais colaboradores e prepostos a quem eventualmente for dado acesso aos referidos dados, para o estrito cumprimento das tarefas acima mencionadas, também sejam devidamente capacitados em relação ao tema e cumpram as disposições legais aplicáveis, adotando sempre medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

Por fim, comprometo-me a manter sigilo em relação aos dados pessoais e senhas acima referenciados, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratarem tais dados estejam comprometidas, de forma expressa e por escrito, e sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como devidamente instruídas e capacitadas para a promoção de seu tratamento.

(Local, data e assinaturas do declarante e do cooperado ou representante legal da clínica, conforme o caso)

Belo Horizonte, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022.

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

Nome: (do declarante) Nome: (do cooperado )

**OBS:** O Termo deve ser atualizado sempre que houver alteração de funcionário.