

Anexo I
Termo de responsabilidade de uso do Operador do Sistema Cartão em
Operadoras de Planos Privados de Saúde

Eu, (nome do operador), CPF nº _____, CNS nº _____, funcionário da operadora de planos privados de saúde _____, _____, Registro ANS nº _____, CNPJ nº _____, endereço _____, _____, cidade _____, UF _____, declaro estar plenamente esclarecido e consciente de minha responsabilidade no uso do Sistema Cartão SUS, comprometendo-me a:

- a) não divulgar, sob qualquer forma ou meio, os dados de código de acesso, usuário e senha inerentes ou quaisquer informações de acesso restrito em qualquer módulo do CADSUS WEB, inclusive para outros funcionários da operadora;
- b) não divulgar quaisquer dados individualizados dos beneficiários do respectivo plano privado de assistência à saúde, para qualquer outra finalidade que não esteja diretamente ligada a execução contratual de aquisição ou renovação de plano privado de assistência à saúde do respectivo beneficiário, inclusive para outros funcionários da operadora;
- c) guardar sigilo e zelar pela privacidade das pessoas e fatos a elas relacionadas/listadas nesta base de dados, não divulgando, por quaisquer meios, dados ou informações contendo os nomes ou quaisquer outras variáveis que permitam a identificação de indivíduos ou que afetem a sua privacidade;
- d) guardar sigilo sobre as credenciais de autenticação (código de acesso, usuário e senha) fornecidas para acesso a esta base de dados;
- e) não repassar, comercializar ou transferir a terceiros as informações individualizadas em sua integridade ou qualquer parte, objeto deste termo, de qualquer forma que viole seu sigilo;
- f) não disponibilizar emprestar ou permitir acesso de pessoas ou instituições não autorizadas a esta base de dados;
- g) não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade da base de dados; e
- h) certificar que a sessão aberta no ambiente computacional foi finalizada e fechada, quando do término das atividades ou do afastamento do

computador, e que para reaver o acesso ao sistema será necessária nova autenticação.

Por fim, declaro estar ciente e de acordo:

1. com todas as condições constantes neste termo, assumindo inteira responsabilidade pelas conseqüências legais da utilização indevida desta base de dados; e
2. que se revelar informação obtida mediante acesso aos dados informatizados do Sistema Cartão estarei sujeito às penalidades do art. 325 de Código de Penal, sem prejuízo de outras penalidades; e
3. que se inserir ou facilitar a inserção de dados falsos, alterar ou excluir indevidamente dados corretos no sistema com o fim de obter vantagem indevida para mim ou para outrem ou para causar dano, ou modificar ou alterar o sistema sem autorização ou solicitação de autoridade competente, estarei sujeito às penalidades dos artigos 313-A e 313-B do Código Penal, sem prejuízo de outras penalidades, inclusive por outros atos praticados.
4. que a finalidade para a qual usará esta base de dados é única e exclusivamente a execução das atividades previstas no projeto de emissão do Cartão Nacional de Saúde - CNS para beneficiários, a saber:
 - a. Busca de indivíduos já registrados na base do Sistema Cartão e vinculação da numeração do CNS ao registro do beneficiário no Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS) e no sistema local de cadastro de beneficiários da operadora;
 - b. Cadastramento de indivíduos não registrados na base do Sistema Cartão com atribuição de número do CNS, para posterior vinculação ao registro;
 - c. Edição de dados de indivíduos registrados na base do Sistema Cartão, sempre que houver a oportunidade, quando constatada a necessidade.

_____, ____ de _____ de _____.
(Local) (data)

**Operador do Sistema Cartão em
Operadoras de Planos Privados de
Saúde**