



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## TERMO DE COMPROMISSO DE MANUTENÇÃO DE SIGILO – TCMS E CIÊNCIA DE RESPONSABILIDADES

Nome: \_\_\_\_\_, nacionalidade: \_\_\_\_\_,  
CPF nº: \_\_\_\_\_, OAB/UF: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ e data de expedição:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_, telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
filho(a) de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_  
com endereço profissional em \_\_\_\_\_,

CEP \_\_\_\_\_, perante o Instituto Nacional do Seguro Social, declaro ter ciência inequívoca da legislação sobre o tratamento de informação classificada cuja divulgação possa causar risco ou dano à segurança da sociedade ou do Estado, e me comprometo a guardar o sigilo necessário, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, e a:

- a) tratar as informações classificadas em qualquer grau de sigilo ou os materiais de acesso restrito que me forem fornecidos pelo INSS e preservar o seu sigilo, de acordo com a legislação vigente;
- b) preservar o conteúdo das informações classificadas em qualquer grau de sigilo ou dos materiais de acesso restrito, sem divulgá-lo a terceiros;
- c) não praticar quaisquer atos que possam afetar o sigilo ou a integridade das informações classificadas em qualquer grau de sigilo ou dos materiais de acesso restrito;
- d) não copiar ou reproduzir, por qualquer meio ou modo: (I) informações classificadas em qualquer grau de sigilo; (II) informações relativas aos materiais de acesso restrito do INSS, salvo autorização da autoridade competente;
- e) acessar o conteúdo das informações não classificadas como sigilosas, podendo utilizá-las, copiá-las ou reproduzi-las por qualquer meio ou modo, exclusivamente no exercício das atividades funcionais que me compete exercer; e
- f) em sendo gestor de acesso aos dados, me comprometo, ainda, a colher a assinatura do TCMS do usuário a quem eu compartilhar o acesso e enviá-lo à Gerência-Executiva do INSS do local da sede do meu órgão.

Declaro ter ciência das responsabilidades inerentes às atribuições a mim conferidas em virtude do ajuste firmado pelo INSS e OAB – Seção do Ceará, que por estar de acordo com este Termo, o assino na presença das testemunhas abaixo identificadas.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### TESTEMUNHAS:

Nome:  
CPF:  
Assinatura:

Nome:  
CPF:  
Assinatura: