ANEXO VI - TERMO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº: 0259/2026
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº: 001/2026
OBJETO: Credenciamento de pessoas jurídicas especializadas na prestação de serviços médicos, para execução de serviço médico pediátrico em regime de sobreaviso, com visitas presenciais regulares e acionamento presencial quando necessário, plantões médicos presenciais de Clínico Geral para Pronto-Socorro e Sala Vermelha, bem como serviços médicos de transferências em UTI Móvel.
ÓRGÃO CONTRATANTE: Fundação Hospital Frei Gabriel

1. DAS PARTES

O presente Termo de Compromisso de Confidencialidade e Proteção de Dados é firmado entre:

CONTRATANTE: Fundação Hospital Frei Gabriel, pessoa jurídica de direito público, responsável pelo tratamento dos dados pessoais necessários à execução dos serviços.

CREDENCIADA/CONTRATADA:
_____
CNPJ nº: _____
Representante Legal: _____
CPF nº: _____
Endereço: _____

2. DO OBJETO

O presente Termo tem por objeto estabelecer obrigações de sigilo profissional, confidencialidade, segurança da informação e proteção de dados pessoais, especialmente dados pessoais sensíveis relacionados à saúde dos pacientes, aos quais a Credenciada e seus profissionais tenham acesso em razão da execução contratual.

3. DO DEVER DE CONFIDENCIALIDADE

A Credenciada compromete-se a:

I – manter sigilo absoluto sobre prontuários, diagnósticos, prescrições, exames, registros médicos e demais informações acessadas;
II – utilizar as informações exclusivamente para a execução dos serviços contratados;
III – impedir acesso, divulgação, compartilhamento, reprodução ou utilização indevida de quaisquer dados de pacientes;
IV – assegurar que seus sócios, empregados, médicos, colaboradores e prepostos observem integralmente as obrigações previstas neste Termo;
V – preservar o dever de sigilo profissional mesmo após o encerramento do vínculo contratual.

4. DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

A Credenciada declara ciência de que poderá ter acesso a dados pessoais e dados pessoais sensíveis, inclusive dados de saúde, comprometendo-se a:

I – tratar os dados exclusivamente para fins de execução do objeto contratado;

II – observar os princípios previstos no art. 6º da Lei nº 13.709/2018;
III – limitar o acesso às informações apenas aos profissionais estritamente necessários à prestação do serviço;
IV – não utilizar dados para finalidades comerciais, estatísticas privadas ou qualquer uso estranho ao contrato.

5. DA SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

A Credenciada deverá:

I – utilizar exclusivamente sistemas, prontuários, plataformas e meios autorizados pela Administração;
II – adotar medidas técnicas e administrativas aptas a prevenir acessos não autorizados, perda, destruição, vazamento, alteração ou tratamento irregular de dados;
III – manter controle de acesso, rastreabilidade e guarda segura das informações;
IV – comunicar imediatamente à Administração qualquer incidente de segurança, suspeita de vazamento ou acesso indevido.

6. DA RESPONSABILIZAÇÃO

O descumprimento das obrigações previstas neste Termo poderá ensejar:

I – aplicação das penalidades administrativas previstas no Edital, no contrato e na Lei nº 14.133/2021;
II – responsabilização civil por perdas e danos;
III – descredenciamento ou rescisão contratual, quando cabível;
IV – comunicação aos órgãos competentes, inclusive à Autoridade Nacional de Proteção de Dados.

7. DA VIGÊNCIA DO DEVER DE SIGILO

As obrigações de confidencialidade e proteção de dados permanecerão vigentes durante toda a execução contratual e continuarão produzindo efeitos mesmo após o encerramento do contrato ou do credenciamento.

8. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

A Credenciada declara:

I – ter plena ciência das obrigações previstas neste Termo;
II – responsabilizar-se pela conduta de seus profissionais e colaboradores;
III – comprometer-se a cumprir integralmente a legislação de proteção de dados e sigilo médico;
IV – reconhecer que eventual violação poderá ensejar sanções administrativas, civis e legais cabíveis.

Local e Data: _____

CONTRATANTE
Fundação Hospital Frei Gabriel

CREDENCIADA / CONTRATADA
Razão Social: _____
Representante Legal: _____
CPF: _____
Assinatura: _____