**TERMO DE COMPROMISSO (SIAPI)**

Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPMG)

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do usuário: |  |
| RG (Identidade): |  |
| CPF: |  |
| Data de nascimento: |  |
| Telefone: |  |
| Cargo: |  |
| Empresa/Instituição: |  |
| CNPJ: |  |

Declaro que tenho pleno conhecimento de minha responsabilidade no que concerne ao sigilo que deve ser mantido sobre todas as informações a que tiver acesso por meio de consulta ao SIAPI. Estou ciente de que o uso da senha é pessoal e intransferível e de minha total e exclusiva responsabilidade. Comprometo-me a usar o referido sistema somente para o serviço para o qual fui designado, asseguro que nenhum relatório ou tela ficará acessível sem minha presença ou autorização, tratando como reservadas todas as informações constantes no SIAPI, divulgando-as somente sob autorização competente. O presente termo possui a validade a partir da data da assinatura do mesmo.

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

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

Assinatura do usuário externo

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

Assinatura do responsável técnico pelo estabelecimento de saúde