

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

# ANEXO V

**PORTARIA CONJUNTA Nº 3 /DIRAT/DIRBEN/INSS, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2017 TERMO DE COMPROMISSO DE MANUTENÇÃO DE SIGILO – TCMS**

**E CIÊNCIA DE RESPONSABILIDADES**

***(Nome do Advogado)***, portador do CPF n° (CPF do Advogado), RG n° (RG do Advogado)- SSP - PI , residente e domiciliado a (Endereço do Advogado ) , 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:

1. 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;
2. preservar o conteúdo das informações classificadas em qualquer grau de sigilo ou dos materiais de acesso restrito, sem divulgá-lo a terceiros;
3. 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;
4. 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;

1. 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
2. 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 ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - OAB/PI, que por estar de acordo com este Termo, o assino na presença das testemunhas abaixo identificadas.

TERESINA / PI , 07 de janeiro de 2021.

Assinatura

TESTEMUNHAS:

Nome: . Nome: .

CPF: . CPF: .

Assinatura: Assinatura: