

Descrição de atividades:

Setor: Departamento de Transparência Pública
Processo: Classificação de Informação Sigilosa
Responsável: Larissa Monteiro Pinto de Andrade
Data: 08/07/2020

Atividades:

1. Órgão/Entidade classifica o documento como sigiloso;
2. Órgão/Entidade preenche o Termo de Classificação da Informação (TCI), definindo o Código de Indexação, que deve seguir a estrutura: CÓDIGO DA UNIDADE GESTORA (SEFAZ) + ANO + NÚMERO SEQUENCIAL DO DOCUMENTO (Ex: 011109.2020.0001);
3. Órgão/Entidade envia o TCI para a Controladoria-Geral do Estado (CGE), no prazo de 30 (trinta) dias, contado da decisão da classificação;
4. A CGE, por meio do Departamento de Transparência Pública (DTP), poderá requisitar esclarecimento ou conteúdo, parcial ou integral, da informação e rever a classificação de ofício ou mediante provocação de pessoa interessada;
5. A CGE devolve o TCI assinado ao Órgão/Entidade classificador;
Obs.: O acesso, a divulgação e o tratamento de informação classificada como sigilosa ficarão restritos a pessoas que tenham necessidade de conhecê-la e que sejam credenciadas, sem prejuízo das atribuições de agentes públicos autorizados por lei.
6. Órgão/Entidade dará conhecimento das normas para que seus subordinados observem as medidas e procedimentos de segurança para tratamento de informações classificadas como sigilosas;
7. Órgão/Entidade deverá conceder credencial de segurança para acesso à informação sigilosa, mediante Termo de Compromisso de Preservação de Sigilo.
Obs.: A concessão de credencial de segurança deverá ser realizada por meio do preenchimento do Formulário Individual de Dados para Credenciamento de Preservação de Sigilo – FIDC e emissão do Termo de Compromisso de Preservação de Sigilo.

Descrição de atividades:

Setor: Departamento de Transparência Pública
Processo: Divulgação de Informação Sigilosa
Responsável: Larissa Monteiro Pinto de Andrade
Data: 08/07/2020

Atividades:

1. Órgão/Entidade deve comunicar anualmente a CGE até o dia 15/01, por exercício, o rol das informações desclassificadas e das informações classificadas como sigilosa;
2. A CGE publica anualmente até o dia 31/01, por exercício, no Portal da Transparência do Estado do Amazonas o rol das informações desclassificadas e das informações classificadas como sigilosa, que conterà código de indexação do documento, categoria na qual se enquadra a informação, indicação de dispositivo legal que fundamenta o sigilo e data da produção, data da classificação e prazo do sigilo.

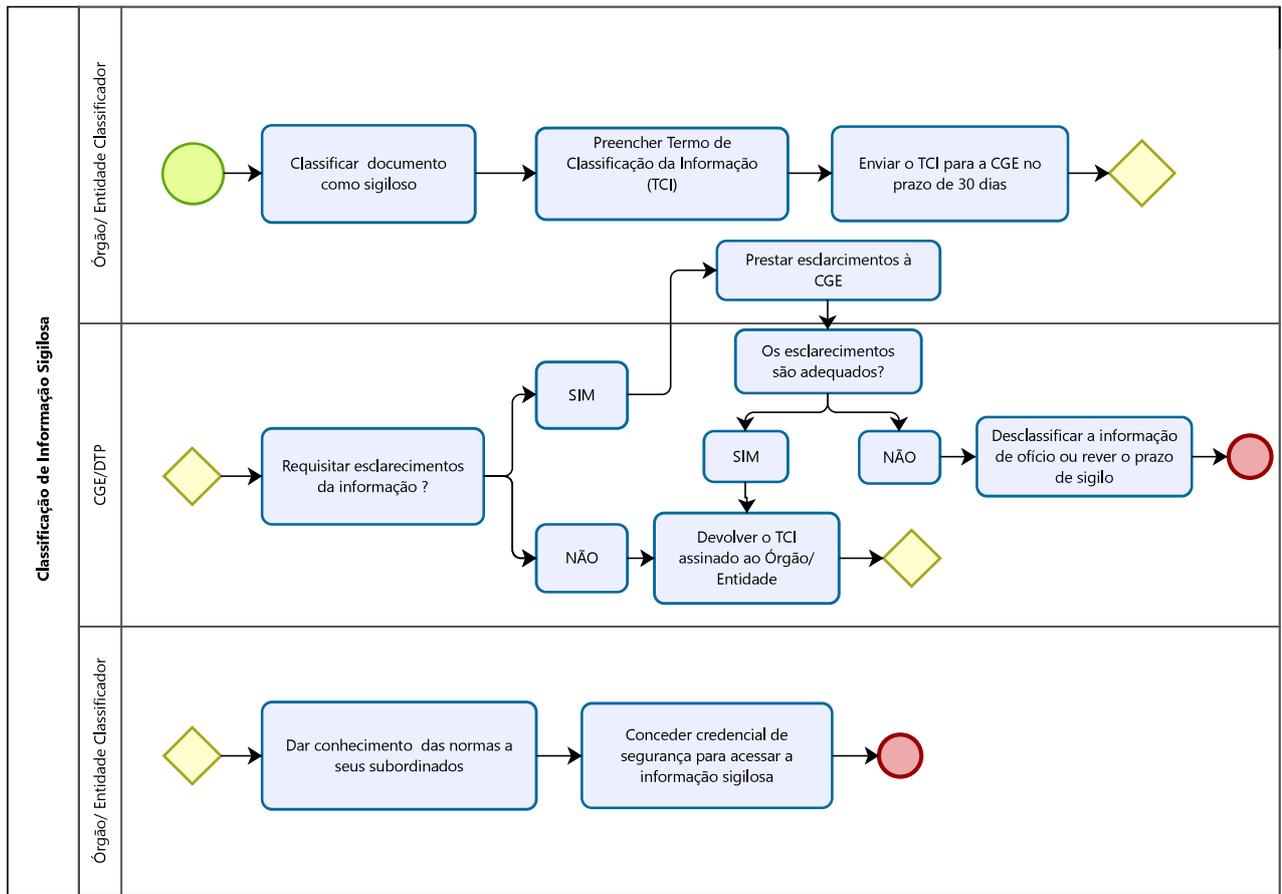
Obs.: Publicação de atos administrativos referentes a informações sigilosas poderá ser efetuada mediante extrato, com autorização da autoridade classificadora ou hierarquicamente superior, limitados ao seu respectivo número, ao ano de edição e à sua ementa, redigidos por agente público credenciado, de modo a não comprometer o sigilo;

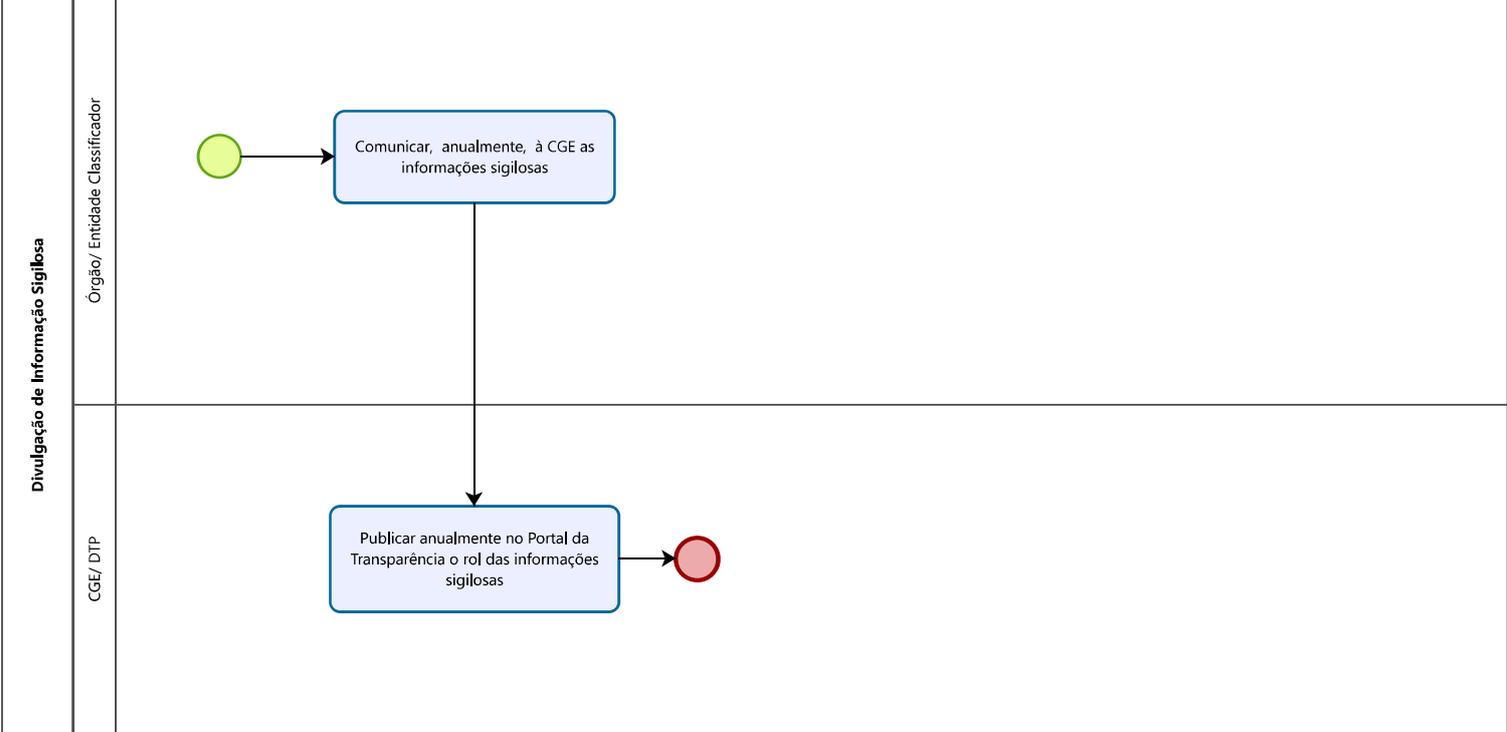
Descrição de atividades:

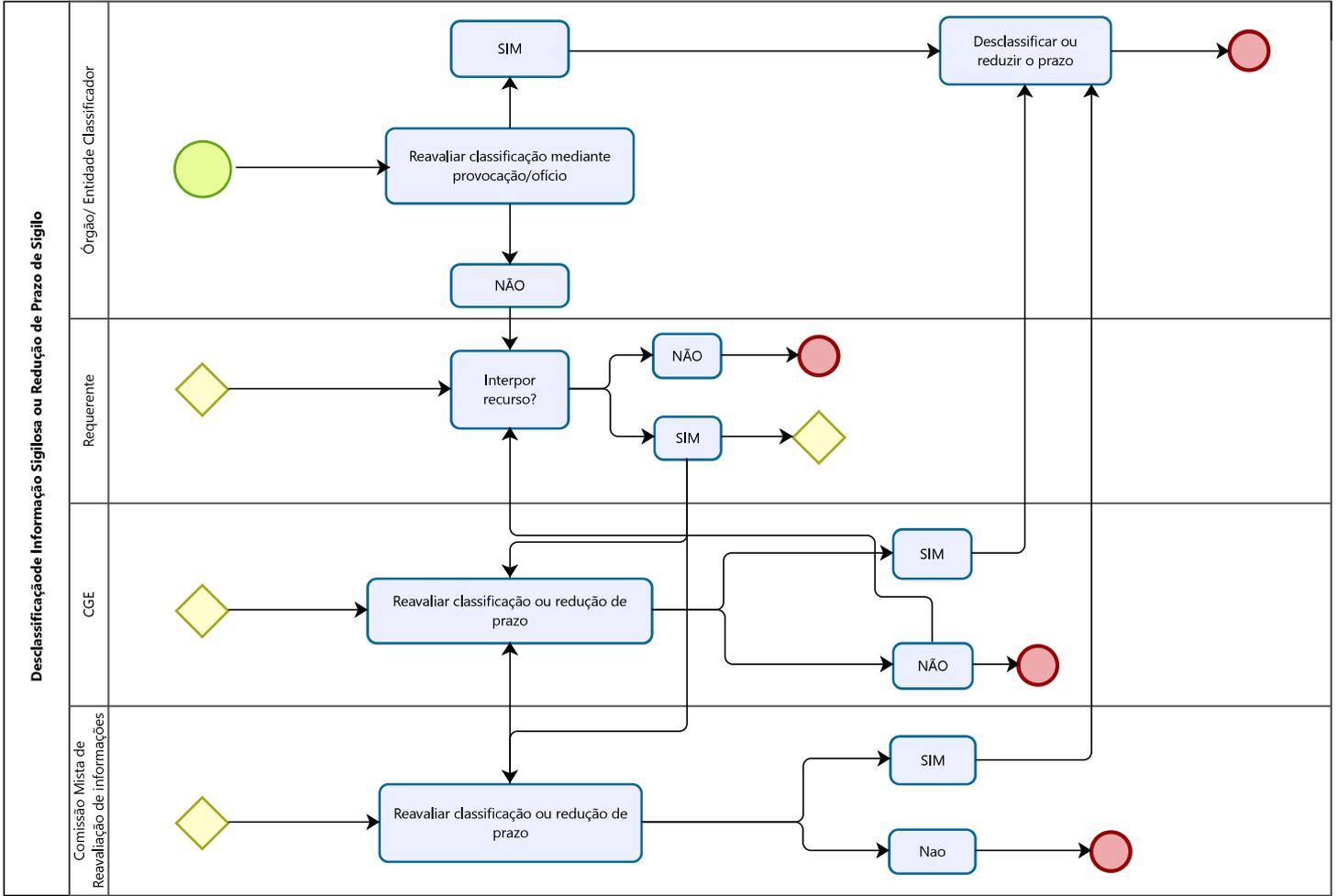
Setor: Departamento de Transparência Pública
Processo: Desclassificação de Informação Sigilosa ou Redução de Prazo de Sigilo
Responsável: Larissa Monteiro Pinto de Andrade
Data: 08/07/2020

Atividades:

1. A classificação poderá ser reavaliada pela autoridade classificadora ou por autoridade hierarquicamente superior, mediante provocação ou de ofício, para desclassificação ou redução de prazo de sigilo;
2. Negado o pedido de desclassificação ou de reavaliação do prazo de sigilo pela autoridade classificadora, o requerente poderá interpor recurso no prazo de 10 (dez) dias, contado da ciência da negativa, à CGE, que decidirá no prazo de 30 dias;
3. Desprovido o recurso pela CGE, o requerente poderá recorrer no prazo de 10 (dez) dias, contado da ciência da decisão, à Comissão Mista de Reavaliação de Informações, que decidirá no prazo de 30 dias.









AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

**Controladoria-Geral
do Estado - CGE**

**Subcontroladoria-Geral de Transparência e
Ouvidoria - SGTO**

TERMO DE CLASSIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO - TCI		CÓDIGO DE INDEXAÇÃO XXXXXX.XXXX.XXXX	
ÓRGÃO/ENTIDADE:			
PRAZO DE SIGILO: (máximo 05 anos)			
TIPO DE DOCUMENTO:			
DATA DA CLASSIFICAÇÃO:			
FUNDAMENTO LEGAL DA CLASSIFICAÇÃO:			
RAZÕES DA CLASSIFICAÇÃO/ RECLASSIFICAÇÃO/ DESCLASSIFICAÇÃO/ REDUÇÃO DO PRAZO:			
A INFORMAÇÃO PODE SER FORNECIDA DE FORMA PARCIAL?		SIM	NÃO
SE PUDE SER FORNECIDA PARCIALMENTE, INDICAR QUE PARTE DA INFORMAÇÃO ESTÁ DISPONÍVEL:			
AUTORIDADE CLASSIFICADORA:	Nome:		
	Cargo:		
	Matrícula:		
CIÊNCIA DA CGE:	Nome:		
	Cargo:		
	Matrícula:		
DESCLASSIFICAÇÃO EM ____/____/____	Nome:		
	Cargo:		
	Matrícula:		
RECLASSIFICAÇÃO EM ____/____/____	Nome:		
	Cargo:		
	Matrícula:		
REDUÇÃO DE PRAZO EM ____/____/____	Nome:		
	Cargo:		
	Matrícula:		
<p>_____</p> <p>Assinatura da Autoridade Classificadora</p> <p>_____</p> <p>Assinatura da Autoridade da CGE</p> <p>_____</p> <p>Assinatura da Autoridade Responsável pela Desclassificação</p> <p>_____</p> <p>Assinatura da Autoridade Responsável pela Reclassificação</p> <p>_____</p> <p>Assinatura da Autoridade Responsável pela Redução do Prazo</p>			

Decreto Estadual n. 36.819, de 31 de março de 2016.

FORMULÁRIO INDIVIDUAL DE DADOS PARA CREDENCIAMENTO - FIDC

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:

- Responda de forma precisa às questões apresentadas;
- Digite os dados diretamente no Formulário ou preencha o mesmo em letras de forma com caneta azul ou preta;
- Se não tiver resposta a dar a alguma(s) questão(ões), escreva a expressão "NADA A DECLARAR "; e
- Os dados informados são considerados pessoais.

Foto 3x4 (atual) - Rosto frontal e fundo branco

1. DADOS PESSOAIS:

Nome completo:

Data de nascimento: ___/___/_____

Local de nascimento: _____ UF: _____ País: _____

Nacionalidades:

Estado Civil:

Documento de identificação: _____ Tipo: _____

Data de expedição: ___/___/_____ Local de expedição: _____

Identidade Funcional: _____ Órgão: _____

Cadastro de Pessoas Físicas (CPF): _____

Título de Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____

2. RESIDÊNCIA HABITUAL:

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ País: _____

Telefones residenciais:

Telefones celulares:

Telefones Funcionais:

e-mails:

3. DADOS PROFISSIONAIS:

Cargo/Função/Emprego:

Órgão/Entidade:

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ País: _____

Data de admissão: ___/___/___

4. DADOS DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A):

Nome completo:

Data de nascimento: ___/___/___

Local de nascimento: _____ UF: _____ País: _____

Nacionalidades:

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ País: _____

Convive atualmente: Sim [] Não []

5. POSSUI ALGUMA ENFERMIDADE? Sim [] Não []

5.1. CASO POSITIVO, QUAL?

6. FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO CONTROLADO? Sim [] Não []

6.1. CASO POSITIVO, RELACIONE:

7. FORMAÇÃO PROFISSIONAL (Relacionar os cursos realizados após o ensino médio):

Título	Instituição	Data de conclusão

8. DADOS SOBRE EMPREGOS ANTERIORES (Relacionar os empregos anteriores ao que está sendo exercido atualmente):

Empresa ou Órgão/entidade: _____

Endereço: _____

Cargo/Emprego: _____ Período: ___/___/___ a ___/___/___

Empresa ou Órgão/entidade: _____

Endereço: _____

Cargo/Emprego: _____ Período: ___/___/___ a ___/___/___

Empresa ou Órgão/entidade: _____

Endereço: _____

Cargo/Emprego: _____ Período: ___/___/___ a ___/___/___

9. REFERÊNCIAS PESSOAIS:

Nome	Telefones

10. OBSERVAÇÕES FINAIS (Relate qualquer fato que julgue necessário e oportuno para o processo de credenciamento):

11. DECLARAÇÃO PESSOAL:

EU _____, DEVIDAMENTE QUALIFICADO NO ITEM 1 (UM) DESTE FORMULÁRIO, DECLARO PARA OS FINS DESTE CREDENCIAMENTO DE SEGURANÇA, QUE:

- A) TUDO QUE FOI MANIFESTADO POR MIM, NESTE QUESTIONÁRIO, É PURA EXPRESSÃO DA VERDADE;
- B) RECONHEÇO QUE QUALQUER FALSIDADE DECLARADA (POR OMISSÃO, ENGANO, INEXATIDÃO OU TERGIVERSAÇÃO DE ALGUM DADO) SERÁ MOTIVO PARA NEGAÇÃO OU ANULAÇÃO DA CREDENCIAL DE SEGURANÇA, SEM PREJUÍZO DE OUTRAS RESPONSABILIDADES;
- C) COMPROMETO-ME A COMUNICAR IMEDIATAMENTE AO ÓRGÃO CREDENCIADOR, DURANTE O PERÍODO DE VALIDADE DA CREDENCIAL DE SEGURANÇA, QUALQUER ALTERAÇÃO POSTERIOR DOS DADOS ASSINALADOS NESTE QUESTIONÁRIO;
- D) DECLARO CONHECER A LEGISLAÇÃO EM VIGOR E AS NORMAS RELACIONADAS À SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÕES, ESPECIALMENTE AQUELAS RELATIVAS ÀS INFORMAÇÕES CLASSIFICADAS COMO SIGILOSAS;

E) ACEITO A CONDIÇÃO DE SER OU NÃO APROVADO NA AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS PROFISSIONAIS, FUNCIONAIS E PESSOAIS INDICADOS RECONHECENDO QUE O MEU CREDENCIAMENTO, PARA TRATAMENTO DE INFORMAÇÕES CLASSIFICADAS COMO SIGILOSAS, DEPENDERÁ DESSE RESULTADO.

_____, _____ de _____ de _____
(Local) (Data)

(Nome completo do declarante)

(Assinatura do declarante)

Nome do Órgão/Entidade

Termo de Compromisso de Preservação de Sigilo Nº XXX

DECLARO que o Sr.(a) _____, identidade nº _____, emitida em ____/____/____ pelo(a) _____, vinculado aos quadros do(a) (Órgão ou entidade de vínculo do credenciado), onde exerce o cargo/função de (Cargo ou função do credenciado), está credenciado para o tratamento de informações classificadas como sigilosas, para (Descrição sucinta da finalidade para qual se destina a credencial), o qual se compromete a preservar o sigilo das informações, nos termos da legislação vigente.

Esta Credencial de Segurança é válida até ____ de _____ de _____.

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

(Nome completo do declarante)

(Assinatura do declarante)

(Assinatura e carimbo da Autoridade responsável pelo Credenciamento)

