



## TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE PELA CONFERÊNCIA E FORNECIMENTO DE DADOS

TER. INSA.0006/00  
Implantação: 12/2023  
Classificação: INTERNO

A UNIMED CHAPECÓ - Cooperativa de Trabalho Médico da Região Oeste Catarinense, inscrita no CNPJ sob nº 85.283.299/0001-91, com endereço da matriz na Rua Porto Alegre, 132-D, Centro, Chapecó-SC, CEP 89802-130, com o objetivo de reforçar suas práticas em segurança da informação, bem como buscar uma gestão responsável dos dados por parte de todos os USUÁRIOS, confere a todos aqueles que mantenham vínculo com a Unimed Chapecó, que acessarem quaisquer serviços disponibilizados na rede mundial de computadores e/ou efetivarem cadastro no aplicativo ou portal da UNIMED CHAPECÓ, o presente Termo de Ciência pela Conferência e Responsabilidade pelo Fornecimento de Dados.

Todo USUÁRIO que utilizar quaisquer serviços disponibilizados pela UNIMED CHAPECÓ na rede mundial de computadores, será responsável pela guarda segura e pela confidencialidade da sua senha, quando solicitada para acesso, além de ser inteiramente responsável por toda e qualquer atividade, lançamento e registro de informações que ocorram sob o seu uso. A UNIMED CHAPECÓ recomenda a alteração da senha periodicamente através dos canais disponíveis como forma de aumentar a segurança do acesso.

Em nenhuma circunstância a Unimed, seus diretores, conselheiros, cooperados ou colaboradores, serão responsáveis por quaisquer danos, perdas ou despesas oriundas do fornecimento indevido de dados a pessoas não autorizadas, que realizarem contatos com o USUÁRIO pelos diversos canais, como WhatsApp, E-mail e outras redes sociais. Eventual contato recebido nos referidos canais por pessoas que se identificarem como UNIMED CHAPECÓ, deverá ser certificado através de contato realizado pelo próprio USUÁRIO aos canais oficiais da UNIMED CHAPECÓ, a saber: **E-mail:** [cobranca@unimedchapeco.coop.br](mailto:cobranca@unimedchapeco.coop.br), **Fone:** (49) 3361-1885, **WhatsApp:** (49) 9 8876-9286.

O USUÁRIO está ciente que não deverá informar dados pessoais ou financeiros a qualquer pessoa na qual recaia alguma suspeita de falsidade, sem primeiramente confirmar a veracidade do contato. Da mesma forma, eventuais pagamentos que realizar, seja através de boleto, pix, depósito bancário, TED, DOC e outros, o USUÁRIO está ciente que deverá confirmar os dados do CEDENTE, os quais obrigatoriamente constarão em nome da Unimed Chapecó - Cooperativa de Trabalho Médico da Região Oeste Catarinense. Caso outros dados apareçam no campo de pagamento, o USUÁRIO deverá manter contato com a UNIMED CHAPECÓ, nos canais acima mencionados para confirmar as informações de pagamento.

A seguir, para melhor clareza do USUÁRIO, ilustra-se com modelo de boleto verdadeiro x modelo de boleto falso (salienta-se que as falsificações não se restringem ao modelo apresentado):

**BOLETO VERDADEIRO**

Banco emissor		Código do banco emissor		Número da conta do beneficiário		Valor do boleto	
Itaú BANCO ITAÚ SA		341-7		31339.210002 7 81140000		9798,05	
ATÉ O VENCIMENTO PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						25/12/2019	
Beneficiário/CPF/CNPJ						893313392-1	
Nome da empresa - Zoop Brasil						109/01797836-4	
Data do Documento	Nº do Documento	Especie Doc.	Acerto	Data de Processamento			
17/11/2019	01797836	DM	N	17/11/2019			
Use do Banco	Carteira	Especie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda			
	109	RS					
Informações de Responsabilidade do Beneficiário						9798,05	
Pagador/CPF/CNPJ/Endereço						Seu nome, seu CPF e seu endereço	
Sacador/Autoriz.						Mesmos dados do beneficiário	

**BOLETO FALSO**

Itaú BANCO ITAÚ SA		341-7		34191.09016 79783.648938		31339.210002 7 80770000		9798,05	
ATÉ O VENCIMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO						18/11/2019			
Beneficiário						1021/01851171			
EIRELI - EPP						102			
Data do Documento	Nº do Documento	Especie Doc.	Acerto	Data de Processamento	001/001/0003047302-9-9				
17/11/2019	0001	DV	N	17/11/2019					
Use do Banco	Carteira	Especie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda					
	001	R\$							
Informações						9798,05			
ATÉ O VENCIMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO						0,00			
Beneficiário						0,00			
Empresa que vai receber o valor do boleto						0,00			
Pagador						Seu nome			

**Dados não conferem com código de barras**

FICHA DE COMPENSAÇÃO

A UNIMED CHAPECÓ não poderá ser responsabilizada por pagamentos indevidos, realizados a terceiros que se utilizarem do seu nome para cometer fraudes, cabendo ao USUÁRIO adotar os cuidados necessários e constantes deste termo para não sofrerem danos de qualquer espécie.

Não caberá também à UNIMED CHAPECÓ a responsabilidade pelo acesso não autorizado proveniente de ataques realizados por hackers ou devido a ações de vírus que venham a acessar as suas informações e seu cadastro. Caso o USUÁRIO constate ou desconfie que seu cadastro está sendo utilizado por terceiros não autorizados ou que tenha sido vítima de ataque de hackers ou de programas e/ou arquivos maliciosos (Malware), deverá entrar em contato imediatamente com a UNIMED CHAPECÓ através dos canais disponíveis, para que possam ser tomadas as devidas providências.

Sempre que acessar o Site UNIMED CHAPECÓ para emissão de boletos ou outra necessidade, o USUÁRIO deverá se certificar que de fato está no ambiente disponibilizado pela UNIMED CHAPECÓ, pois ações de hackers podem em uma tentativa de roubar seus dados replicarem uma cópia do Site da UNIMED CHAPECÓ ou áreas deste.

Para verificar a integridade e veracidade do Site UNIMED CHAPECÓ, o USUÁRIO deverá clicar no cadeado existente na barra de endereço do navegador, verificando os certificados presentes e informados. Caso o navegador não apresente os certificados e/ou retorne com a mensagem de que o acesso não é seguro, interrompa imediatamente o uso do Site e comunique a UNIMED CHAPECÓ para que as devidas providências sejam tomadas. O USUÁRIO deve respeitar e utilizar os múltiplos fatores de autenticação, como captchas, tokens e outras validações, sempre que solicitados.

Por fim, a UNIMED CHAPECÓ reitera que não se responsabiliza, expressa ou tacitamente, pelo uso indevido das informações, para quaisquer que sejam os fins e por qualquer USUÁRIO, sendo de inteira responsabilidade desse as eventuais lesões, a direito próprio ou de terceiros, causadas pelo uso inadequado do mesmo ou fornecimento de dados e informações a terceiros de má-fé.

Diante disso, declaro que estou ciente sobre todas as implicações que poderão decorrer de eventual fornecimento de dados a pessoas não autorizadas, ou acesso a sites e e-mails maliciosos, atestando minha concordância com o presente Termo de Ciência e Responsabilidade pela conferência e fornecimento de dados.

- LI E CONCORDO COM AS DISPOSIÇÕES DO TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE PELA CONFERÊNCIA E FORNECIMENTO DE DADOS

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_