



OUVIDORIA

TERMO DE CLASSIFICAÇÃO DE INFORMAÇÃO	
ÓRGÃO/ENTIDADE: Hospital Universitário Onofre Lopes	
CÓDIGO DE INDEXAÇÃO: 001/2015-IC/HUOL	
GRAU DE SIGILO: Reservado	
CATEGORIA:	
TIPO DE DOCUMENTO: Portaria 123/15-GS/HUOL	
DATA DE PRODUÇÃO: 22/05/2015	
FUNDAMENTO LEGAL PARA CLASSIFICAÇÃO: Lei 7.232, de 29/10/1984	
RAZÕES PARA A CLASSIFICAÇÃO: Segurança dos processos, sistemas e serviços de Tecnologia da Informação.	
PRAZO DA RESTRIÇÃO DE ACESSO: 05 anos	
DATA DE CLASSIFICAÇÃO: 22/05/2015	
AUTORIDADE CLASSIFICADORA	Nome: Stenio Gomes da Silveira Cargo: Superintendente
AUTORIDADE RATIFICADORA (quando aplicável)	Nome: Cargo:
DESCLASSIFICAÇÃO em ___/___/___ (quando aplicável)	Nome: Cargo:
RECLASSIFICAÇÃO em ___/___/___ (quando aplicável)	Nome: Cargo:
REDUÇÃO DE PRAZO em ___/___/___ (quando aplicável)	Nome: Cargo:
PRORROGAÇÃO DE PRAZO em ___/___/___ (quando aplicável)	Nome: Cargo:
 ASSINATURA DA AUTORIDADE CLASSIFICADORA	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE RATIFICADORA (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por DESCLASSIFICAÇÃO (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por RECLASSIFICAÇÃO (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por REDUÇÃO DE PRAZO (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por PRORROGAÇÃO DE PRAZO (quando aplicável)	

OUVIDORIA

TERMO DE CLASSIFICAÇÃO DE INFORMAÇÃO	
ÓRGÃO/ENTIDADE: Hospital Universitário Onofre Lopes	
CÓDIGO DE INDEXAÇÃO: 002/2015-IC/HUOL	
GRAU DE SIGILO: Reservado	
CATEGORIA:	
TIPO DE DOCUMENTO: Portaria124/15-GS/HUOL	
DATA DE PRODUÇÃO: 22/05/2015	
FUNDAMENTO LEGAL PARA CLASSIFICAÇÃO: Lei 12.527, de 18/11/2011.	
RAZÕES PARA A CLASSIFICAÇÃO: Procedimentos de segurança adotados no HUOL.	
PRAZO DA RESTRIÇÃO DE ACESSO: 05 anos	
DATA DE CLASSIFICAÇÃO: 22/05/2015	
AUTORIDADE CLASSIFICADORA	Nome: Stenio Gomes da Silveira Cargo: Superintendente
AUTORIDADE RATIFICADORA (quando aplicável)	Nome: Cargo:
DESCCLASSIFICAÇÃO em ____/____/____ (quando aplicável)	Nome: Cargo:
RECLASSIFICAÇÃO em ____/____/____ (quando aplicável)	Nome: Cargo:
REDUÇÃO DE PRAZO em ____/____/____ (quando aplicável)	Nome: Cargo:
PRORROGAÇÃO DE PRAZO em ____/____/____ (quando aplicável)	Nome: Cargo:
 ASSINATURA DA AUTORIDADE CLASSIFICADORA	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE RATIFICADORA (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por DESCCLASSIFICAÇÃO (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por RECLASSIFICAÇÃO (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por REDUÇÃO DE PRAZO (quando aplicável)	
_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE responsável por PRORROGAÇÃO DE PRAZO (quando aplicável)	