

REPORTE DE INCIDENTE



Tipo de Comunicação	Para Comunicação Parcial
<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Preliminar <input type="checkbox"/> Complementar

Empresa / Fornecedor	
Nome	
CNPJ	

Responsável / Encarregado de Dados / DPO	
Nome	
E-mail	
Telefone	

Informações do Incidente			
Data de Detecção	--/--/----	Hora de Detecção	--:--
Data de Comunicação	--/--/----	Hora de Comunicação	--:--
Data de Resolução	--/--/----	Hora de Resolução	--:--

Descrição	[Descreva de forma resumida como o incidente de segurança de dados pessoais ocorreu]
-----------	--

Tipo de Incidente	<input type="checkbox"/> Visualização Indevida <input type="checkbox"/> Acesso Indevido <input type="checkbox"/> Cópia dos dados <input type="checkbox"/> Dados Criptografados	<input type="checkbox"/> Dados Comprados <input type="checkbox"/> Dados Vendidos <input type="checkbox"/> Expostos Publicamente <input type="checkbox"/> Outros [especificar]
-------------------	---	--

Causa do Incidente	<input type="checkbox"/> Falha Humana <input type="checkbox"/> Falha de Segurança Lógica <input type="checkbox"/> Falha de Segurança Física <input type="checkbox"/> Não tenho conhecimento ou certeza [justifique]	<input type="checkbox"/> Vulnerabilidade em Infraestrutura <input type="checkbox"/> Falha de Configuração de Software <input type="checkbox"/> Outros [especificar]
--------------------	--	---

Consequências ou Riscos do Incidente	<input type="checkbox"/> Sanções Administrativas <input type="checkbox"/> Financeiros <input type="checkbox"/> Direitos e Liberdades Individuais <input type="checkbox"/> Fuga de Investidores <input type="checkbox"/> Danos Reputacionais e de Imagem	<input type="checkbox"/> Ações Judiciais Individuais <input type="checkbox"/> Ações Judiciais coletivas <input type="checkbox"/> Quebra de Confiança com o consumidor <input type="checkbox"/> Outros [especificar]
--------------------------------------	---	--

Consequências Trasfronteiriças

Natureza dos Dados Afetados	
<input type="checkbox"/> Origem Racial ou Étnica <input type="checkbox"/> Convicção Religiosa <input type="checkbox"/> Opinião Política <input type="checkbox"/> Filiação a Sindicato <input type="checkbox"/> Dado referente à Saúde <input type="checkbox"/> Dado Genético ou Biométrico <input type="checkbox"/> Outros [especificar]	<input type="checkbox"/> Dados financeiros <input type="checkbox"/> Nomes de usuário ou senhas de sistemas de informação <input type="checkbox"/> Dado de geolocalização <input type="checkbox"/> Filiação a organização de caráter religioso, filosófico ou político <input type="checkbox"/> Dado referente à vida sexual <input type="checkbox"/> Dado de Comprovação de identidade oficial (RG, CPF, CNH)
Localização dos Dados Afetados	<input type="checkbox"/> Brasil <input type="checkbox"/> Exterior [informar o país]
Os Dados Pessoais afetados permitem A identificação direta dos Titulares?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não [justificar]
Realizado Relatório de Impacto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não [justificar]

Tipo de Titulares Afetados	
<input type="checkbox"/> Funcionários <input type="checkbox"/> Prestadores de Serviço <input type="checkbox"/> Clientes / Consumidores	<input type="checkbox"/> Crianças e Adolescentes <input type="checkbox"/> Parceiros Subcontratados <input type="checkbox"/> Outros [especificar]
<input type="checkbox"/> O Incidente de segurança pode acarretar riscos ou dano relevante aos titulares <input type="checkbox"/> Não tenho certeza sobre o nível de riscos do incidente de segurança	
Considerando <u>os titulares afetados</u> , independente da ocorrência ou não de transferência internacional, o incidente pode trazer consequências transfronteiriças (implicações com legislações internacionais)?	<input type="checkbox"/> Sim [justificar] <input type="checkbox"/> Não [justificar]
Considerando os titulares afetados, na sua avaliação, o incidente pode...	[especificar]

Medidas de Segurança, Técnicas e Administrativas	
Tomadas após a ciência do incidente	[especificar]

Tomadas para reverter ou mitigar os efeitos do prejuízo do incidente	[especificar]
Medidas ainda serão adotadas	[especificar]

Comunicação do Incidente ao Controlador
--

Realizada dentro do prazo de 24 horas após ciência do Incidente?	<input type="checkbox"/> Sim [justificar] <input type="checkbox"/> Não [justificar]
Data da comunicação	--/--/----
Informar quem Comunicou	
Informar quais meios utilizados	

Comunicação do Incidente à Autoridade Nacional

Realizada comunicação à ANPD?	<input type="checkbox"/> Sim [justificar] <input type="checkbox"/> Não [justificar]
Data da comunicação	--/--/----
Informar quem Comunicou	
Informar quais meios utilizados	

Comunicação do Incidente aos titulares

Realizada comunicação aos titulares?	<input type="checkbox"/> Sim [justificar] <input type="checkbox"/> Não [justificar]
Data da comunicação	--/--/----
Informar quem Comunicou	
Informar quais meios utilizados	

Outras informações relevantes

[descrever]
