



Atendimento	2097999	Idade	23 Anos
Nome	CHECKBOX NOVO	CPF	9999999999
RG	9999999999	CEP	05729090
Endereço	Rua Joao, 3	CRM	60056
Bairro	Vila Andrade	Médico Responsável	Juliana Batista
Cidade	São Paulo		

O Hospital Modelo tem como valor central a atenção ao indivíduo. Sua missão é valorizar a vida das pessoas mediante, o acolhimento, a evolução da qualidade assistencial e a gestão praticada.

Para que possamos lhe oferecer a melhor jornada no cuidado com a sua saúde, precisamos que você nos forneça algumas informações pessoais. Precisamos também coletar dados pessoais com a finalidade de lhe oferecer os serviços abaixo e, para tanto, podemos eventualmente compartilhar suas informações com profissionais da saúde. O tratamento desses dados, assim como a sua retenção seguirão as diretrizes da nossa Política de Privacidade, disponível no portal da privacidade no endereço eletrônico: <https://privacidade-modelo.com.br>.

Solicitamos o seu consentimento para:

Comunicações sobre os nossos serviços	Envio de comunicações a respeito de novos serviços, eventos e oportunidades promovidas pelas nossas empresas.
Análises e melhoria dos produtos	Gerar análises para desenvolvimento e melhoria de sua experiência, nossas atividades e produtos.
Orientações de saúde e ações de engajamento	Oferecer dicas e ações de orientações sobre sua saúde, engajamento e autoconhecimento e programas de monitoramento
Pesquisa Clínica, científica e educação médica continuada	Realizar procedimentos para ao avanço da assistência à saúde, pesquisa clínica, trabalhos científicos, estudos retrospectivos, observacionais e educação médica continuada.
Compartilhamento de dados	Compartilhar dados entre as empresas do Grupo, profissionais de saúde e profissionais autorizados, quando necessário para a prestação dos serviços contratados.

Caso você queira informações sobre seus dados, exercer seus direitos ou revogar este termo de consentimento, entre em contato conosco através do seguinte canal: email@hospitalmodelo.com.br.

Declaro que estou de acordo com o uso de meus dados pessoais nos termos do presente documento.

Concordo

Não Concordo

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL