

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS



Atendimento	2213516				
Nome	Gilson Oliveira Costa	Idade	55a 7m		
RG	17956346	CPF	05355074880		
Endereço	Avenida Senador Teotônio Vilela ,	Bairro	Jardim São Rafael	CEP	04.864-002
Cidade	São Paulo				
Médico Responsável	Wagner Aparecido França	CRM	123849		

1. Fui informado(a) que ao assinar o presente documento, consinto e concordo que o Hospital realize o tratamento de meus dados pessoais, envolvendo operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

2. Possuímos o propósito de ser um agente transformador da saúde, com medicina de excelência, atendimento, humanização e prevenção de riscos na saúde para melhorar a vida das pessoas. Para tanto, para que possamos prestar um serviço adequado, e de alto padrão, solicitamos que você nos forneça algumas informações pessoais e de saúde, a fim de oferecer melhor transparência durante a prestação dos serviços.

3. Estou ciente que o tratamento desses dados seguirá as diretrizes da Política de Privacidade do Controlador, disponível no endereço eletrônico [●] e que os dados serão tratados de modo a garantir a segurança da informação e proteção de dados pessoais, devendo o Controlador adotar medidas técnicas e organizacionais para salvaguardar a integridade, confidencialidade e disponibilidade dos meus dados, pelo prazo permitido na legislação brasileira e poderão ser utilizados para as seguintes finalidades:

(a) Recebi orientações de que ao concordar com esse termo, estarei dando meu consentimento para as seguintes finalidades: (b) realizar procedimentos fundamentais ao avanço da assistência à saúde, pesquisa clínica, trabalhos científicos, estudos retrospectivos, observacionais e educação médica continuada; (c) transferência de dados para terceiros parceiros do Hospital que atendam aos requisitos técnicos e as finalidades presentes na Política de Privacidade do Controlador, empresas ligadas ou de atividades afins do mesmo Grupo Econômico, controladas, coligadas e subsidiárias; (d) Promover ações de engajamento e disponibilização de programas de monitoramento, dicas e orientações em relação a minha própria saúde; (e) Notifica-me acerca das campanhas educacionais e de marketing, as quais terão o intuito de auxiliar-me a melhorar minha saúde e bem-estar; (f) Convidar-me a participar das iniciativas de prevenção, promoção e atenção à saúde desenvolvidas por parceiros, sem que, desta forma, meus dados sejam compartilhados com estes, que não os profissionais de saúde que me venham a prestar atendimento; e (g) Demais finalidades presentes na Política de Privacidade do Controlador.

4. Fui informado que o Hospital se responsabiliza pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

5. Estou ciente que caso haja alguma dúvida de como meus dados estão sendo tratados por este Controlador, devo entrar em contato através do canal de Fale Conosco disponível no site [●].

6. Recebi informações também que meus dados poderão ser armazenados e utilizados para o atendimento de obrigação legal ou regulatória que o Hospital tenha que cumprir, bem como para o exercício regular de direitos, conforme expresso na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), bem como que os dados pessoais anonimizados, sem possibilidade de associação ao indivíduo, poderão ser mantidos por período indefinido.

7. Fui informado(a) que este consentimento poderá ser revogado pelo Titular, a qualquer momento, mediante solicitação via e-mail ao Hospital, bem como que posso solicitar acesso aos meus dados pessoais, retificação, exclusão, portabilidade, dentre outros direitos.

[]
Concordo

[]
Não concordo

Paciente ou Representante Legal

Nome legível: _____ Assinatura: _____

CPF: _____ Grau de Parentesco ou vínculo: _____
(obrigatório nos casos de representação):