



AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO AO PRONTUÁRIO COMPLETO DO ATENDIMENTO

O presente Termo de Autorização para Acesso ao Prontuário Médico e de coleta de dados pessoais sensíveis do PACIENTE PROTEGIDO, que justifica-se pelo consentimento do Titular, nos termos do inciso I do art. 11º da Lei nº 13.709/2018 e Artigos 88 e 89 do Código de Ética Médica, Resolução nº 2.217/19.

A CONTRATADA realizará o tratamento de dados pessoais sensíveis do PACIENTE PROTEGIDO para o fim exclusivo de prestar serviços constantes no Contrato de Prestação de Serviço Complementar Cirurgia Segura.

Os dados serão mantidos sob arquivo da CONTRATADA estritamente pelo tempo necessário para o cumprimento dos serviços objeto deste contrato. Após concluído o presente contrato, os dados pessoais sensíveis serão destruídos, salvo aqueles indispensáveis para o cumprimento de obrigação legal, nos moldes do art. 16, I, da Lei 13.709/2018.

O PACIENTE PROTEGIDO poderá, a qualquer momento, solicitar a CONTRATADA acesso aos dados pessoais ora coletados, sua retificação ou eliminação, bem como a limitação ou a oposição ao tratamento de dados, desde que estes não impossibilitem a execução do presente Contrato de Prestação de Serviço Complementar Cirurgia Segura.

Por dever legal e ético, o hospital garante a confidencialidade das informações sobre o estado de saúde do paciente. Portanto, o prontuário e os dados ali contidos pertencem ao paciente e só podem ser divulgadas **com sua autorização expressa** ou em cumprimento a determinação judicial.

Diante todo exposto, o PACIENTE PROTEGIDO confere seu consentimento de forma livre, inequívoca e devidamente informada, neste ato concordando com a coleta e tratamento de dados pessoais sensíveis na forma do art. 11, I, da lei 13.709/2018 e Artigos 88 e 89 do Código de Ética Médica, Resolução nº 2.217/19.

O CONSENTIMENTO abaixo somente poderá ser firmado pelo próprio paciente, responsável legal (pais ou tutores) em caso de menores e curador em caso de maiores incapazes. A responsabilidade legal, tutela ou curatela deverá ser comprovadas com entrega de documentação específica.

Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333

SHS Quadra 02, Bloco J - Mezanino, Ed. Hotel Bonaparte

CEP 70322-901 - Brasília/DF

www.cirurgiasegura.com | atendimento@cirurgiasegura.com



Assim sendo, **AUTORIZO O ACESSO AO MEU PRONTUÁRIO MÉDICO** de forma completa e sem reservas pelo **CIRURGIAS SEGURA, SEUS PREPOSTOS OU REPRESENTANTES**. () Sim () Não

O Prontuário e demais documentos só serão aceitos caso sejam encaminhados ao Cirurgia Segura pelos meios de notificação de intercorrência encontrados no site: **<https://cirurgiasegura.com>** e/ou pelo e-mail: **atendimento@cirurgiasegura.com**.

_____ de _____ de 20____
Local

Assinatura do paciente ou responsável legal