

PACIENTE:

NASC.:

HOSPITAL:

SEXO:

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA COMPARTILHAMENTO E TRATAMENTO DE  
INFORMAÇÕES E DADOS SENSÍVEIS**

**Definição:** Este termo tem por objeto de garantir ao paciente, em vida, seu consentimento expresso à divulgação do prontuário médico completo referente ao atendimento realizado na instituição supracitada.

**Finalidade do Tratamento de Dados:** O Tratamento de Dados se refere a realização de auditoria técnica e administrativa com a análise documental de **prontuário médico, evoluções, prescrições, resultados de exames de diagnóstico, fatura hospitalar e qualquer outro documento** (constante no ANEXO I do Contrato de Prestação de Serviço Complementar Cirurgia Segura do paciente) que seja necessário para a verificação do nexos causal da intercorrência com a cirurgia realizada e a relação com a conduta e/ou tratamento solicitados, bem como as quantidades de materiais, medicamentos e taxas hospitalares de acordo com as tabelas de referência para pagamento ou reembolso de uma intercorrência protegida pelo cirurgia segura.

O tratamento de dados se estenderá pelo período da internação até a finalização dos processos administrativos de reembolso.

Por este instrumento, o **TITULAR DE DADOS**, de maneira livre, consciente, informada e inequívoca, **CONCORDA** com o tratamento de seus dados pessoais e dados pessoais sensíveis para as finalidades aqui delineadas e **AUTORIZA** a empresa abaixo relacionada como **CONTROLADORA CONJUNTA DE DADOS** a receber informações sobre sua evolução do estado de saúde de antes e de durante todo o período de internação:

**CONTROLADORA CONJUNTA DE DADOS:** SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIREITO MÉDICO E BIOÉTICA ANADEM – CIRURGIA SEGURA

**CNPJ:** 03.432.472.0001/01

**VÍNCULO:** Contrato de prestação de serviço.

**Telefone para Contato:** 0800-61-3333.

1 - Fui esclarecido(a) que a CONTROLADORA não poderá, com base no consentimento outorgado pelo TITULAR, utilizar os dados pessoais tratados com finalidades diversas das previstas neste termo, sob pena do tratamento ser considerado ilegal, nos termos da Lei nº 13.709/2018.

2 - Fui esclarecido(a) de que, a qualquer momento, posso ter acesso, modificar, corrigir as informações prestadas e coletadas, além revogar totalmente esta autorização a qualquer tempo.

3 - Fui esclarecido(a) de que, em caso de RECUSA no fornecimento de dados pessoais e/ou dados pessoais sensíveis ou pela REVOGAÇÃO da autorização, importa na rescisão imediata dos termos do Contrato de Prestação de Serviço Complementar Cirurgia Segura, desobrigando ao cumprimento de suas cláusulas, direitos e obrigações pela ausência de dados necessários ao seu cumprimento

**Central de Atendimento 24h: 0800 61 3333**

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

CEP 70322-901 - Brasília/DF

[www.cirurgiasegura.com](http://www.cirurgiasegura.com) | [atendimento@cirurgiasegura.com](mailto:atendimento@cirurgiasegura.com)

4 - Fui cientificado(a) que por determinação legal e sem que implique violação ao sigilo médico as doenças de notificação compulsória serão comunicadas às autoridades competentes.

5 - A ANADEM, como CONTROLADORA CONJUNTA de dados concorda e garante que todos os dados pessoais e/ou sensíveis serão objeto de coleta regular, com tratamento em conformidade com as diretrizes da LGPD, normas do Conselho Federal de Medicina – CFM, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e demais normas de privacidade e proteção de dados aplicáveis. E utilizará todas as ferramentas de controle e gerenciamento de acessos disponíveis, sendo de sua exclusiva responsabilidade o monitoramento, a documentação e o registro de todas as operações de tratamento de dados que realizar, tanto em ambiente físico como digital. A CONTROLADORA comunicará ao TITULAR, no prazo definido pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados – ANPD, a eventual ocorrência de incidente de segurança que possa lhe acarretar risco ou dano relevante.

6- O TITULAR DE DADOS em se tratando de terceiro beneficiário, neste ato declara que concorda e anui de forma total e inequívoca com os termos, direitos e obrigações dispostos no Contrato de Prestação de Serviço Complementar Cirurgia Segura, nos moldes do parágrafo único do artigo 436, do Código Civil.

**Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal**

Nome legível: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco ou vínculo (obrigatório nos casos de representação): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura