

Termo de Consentimento para Tratamento de Dados / Uniodonto Passos/MG

Ficha de inclusão e Diagnóstico por imagens - radiologia, tomografia e fotos

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o Titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Ao manifestar sua aceitação para com o presente termo, o Titular consente e concorda que a **UNIODONTO PASSOS COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ sob nº 02.768.410/0001-02, com sede na Rua Bonsucesso a, 472, São Francisco, na cidade de Passos/MG, doravante denominada Controladora, tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, dados referentes aos usuários/titulares ou dados necessários ao usufruto de serviços ofertados pela UNIODONTO PASSOS, bem como realize o tratamento de tais dados, 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 e compartilhamento de Exames de imagens por radiografia/tomografia/fotos com o dentista responsável pelo tratamento em questão.

Dados Pessoais passíveis de tratamento

A Controladora fica autorizada a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais do Titular:

Quanto à imagem e exames do beneficiário e/ou dependente:

- Exames orais por Radiografia / exames orais por tomografia / Registro de fotos para documentação odontológica / Nome completo / Data de nascimento / Nome do dentista que solicitou o exame;

Durante o cadastro do Beneficiário Titular e dependente:

- Nome completo / Número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) / Número do Registro Geral (RG) / Data de Nascimento / Estado Civil / Filiação / Sexo / Plano / Endereço completo / Número do cartão do SUS / Número de telefone / Número de Registro na Empresa.

Quando for dependente: Parentesco e Declaração de Nascido Vivo (para nascidos a partir de 2010).

Outras informações que poderão ser coletadas

- informações coletadas pelo cooperado (dentista) sobre seu histórico de Saúde bucal (como por exemplo, através da anamnese), foto(s) do(s) dente(s) a serem tratados e radiografia oral.

Além disso, a Controladora fica autorizada a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos dados referentes à saúde bucal do Titular, inseridos no sistema pelo profissional odontológico que realizou o atendimento e/ou com a intenção de obter a prestação serviços ofertados pela mesma, tais como registros/histórico dos procedimentos realizados no consultório de odontologia utilizado pelo titular de dados, imagens de Raio-x, além dos dados pessoais supracitados captados na ficha de inclusão que segue no verso deste Termo de consentimento e guia de tratamento.

Finalidades do Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados pessoais listados neste termo tem as seguintes finalidades:

Cumprir as obrigações contratuais, legais e regulatórias do plano de saúde odontológico do qual o titular de dados é beneficiário e/ou dependente do beneficiário.

- Exames de diagnóstico por imagem são necessários para maior segurança do procedimento, orientação e tratamento a ser adotado pelo dentista responsável.

Compartilhamento de Dados

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste termo, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709/18. O compartilhamento de imagens referentes a Exames de radiografia, tomografia e fotos orais se dará em especial para o dentista que cadastrar orçamento em nome do titular de dados.

Segurança dos Dados

A Controladora responsabiliza-se 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.

Em conformidade ao art. 48 da Lei nº 13.709, o Controlador comunicará ao Titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante ao Titular.

Término do Tratamento dos Dados

O Titular poderá solicitar via e-mail ou correspondência ao Controlador, a qualquer momento, que sejam eliminados os dados pessoais não anonimizados referentes ao Titular. No entanto, fica ciente de que dada a natureza da empresa Controladora e ao órgão para o qual ela presta informações (ANS), fica admitido e consentido pelo Titular de dados a impossibilidade do Controlador realizar a exclusão, por força de obrigação legal ou regulatória.

Direitos do Titular

O Titular tem direito a obter da Controladora, em relação aos dados por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição: I - confirmação da existência de tratamento; II - acesso aos dados; III - correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; IV - anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei nº 13.709; V - portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa e observados os segredos comercial e industrial, de acordo com a regulamentação do órgão controlador; V - portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial; VI - eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da Lei nº 13.709; VII - informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; VIII - informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; IX - revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 13.709.

Autorização

Em observância à Lei nº. 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais normativas aplicáveis sobre proteção de Dados Pessoais, manifesto-me de forma informada, livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar a UNIODONTO PASSOS a realizar o tratamento de meus Dados Pessoais para as finalidades e de acordo com as condições aqui estabelecidas.

Canal de Atendimento

Estou ciente que posso utilizar o canal de atendimento à LGPD da UNIODONTO PASSOS, por meio do endereço eletrônico <http://uniodontopassos.com.br/>, encarregadodedados@uniodontopassos.com.br e/ou contato telefônico pelo número (35) 3521-1370 para tirar dúvidas e/ou realizar solicitações relacionadas ao tratamento dos meus Dados Pessoais.

Por fim, declaro ter lido e ter sido suficientemente informado sobre o conteúdo deste Termo e concordo com o tratamento dos meus Dados Pessoais aqui descrito de forma livre e esclarecida, em observância à Lei Geral de Proteção de Dados e às demais normativas sobre proteção de Dados Pessoais aplicáveis.

A via física deste Termo será excluída e ficará disponível para acesso do Titular de dados, Autoridade Nacional de Proteção de Dados e co-controladores (se houver) através de arquivo digital salvo em nuvem, com banco de dados Nacional.

_____, _____ de ____ de _____

ASSINATURA DO TITULAR DE DADOS

Empresa: _____

**** É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS, SEM ABREVIÇÃO****

() Inclusão Normal

() Inclusão só de dependente (s)

TITULAR

Nome completo: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: ____ Estado Civil: _____

CPF: _____ CNS*: _____

Endereço: _____ N°: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Est.: _____

Cep: _____ Tel.: _____ Data adesão: _____

PIS: _____ RG : _____ RE*: _____

Nome Completo da Mãe: _____

Nome Completo do Pai: _____

E-mail: _____

Dependentes:

1- Nome: _____

Data Nasc.: ____ / ____ / ____ Parentesco: _____ Estado Civil: _____

CPF: _____ Declaração Nascido vivo*: _____

Nome Completo da Mãe: _____

Nome Completo do Pai: _____

CNS*: _____ Tel.: _____

2- Nome: _____

Data Nasc.: ____ / ____ / ____ Parentesco: _____ Estado Civil: _____

CPF: _____ Declaração Nascido vivo*: _____

Nome Completo da Mãe: _____

Nome Completo do Pai: _____

CNS*: _____ Tel.: _____

3- Nome: _____

Data Nasc.: ____ / ____ / ____ Parentesco: _____ Estado Civil: _____

CPF: _____ Declaração Nascido vivo*: _____

Nome Completo da Mãe: _____

Nome Completo da Pai : _____

CNS*: _____ Tel.: _____

4- Nome: _____

Data Nasc.: ____ / ____ / ____ Parentesco: _____ Estado Civil: _____

CPF: _____ Declaração Nascido vivo*: _____

Nome Completo da Mãe: _____

Nome Completo da Pai: _____

CNS*: _____ Tel.: _____

5- Nome: _____

Data Nasc.: ____ / ____ / ____ Parentesco: _____ Estado Civil: _____

CPF: _____ Declaração Nascido vivo*: _____

Nome Completo da Mãe: _____

Nome Completo da Pai: _____

CNS*: _____ Tel.: _____

(RE*: Registro da empresa) (CNS*: Cartão Nacional da Saúde)
(Declaração de Nascido*: Nascidos a Partir de 2010)

VALOR TOTAL MENSALIDADE R\$ _____

Assinatura do Funcionário: _____

Ass. e Carimbo da Empresa: _____