



Associação Santamarense de Beneficência do Guarujá - Hospital Santo Amaro

MISSÃO – Ser um hospital geral e filantrópico, que presta serviços com qualidade e equidade para restabelecer a saúde e continuar a obra de Don domênico.

VISÃO – Manter a sustentabilidade; desenvolvimento profissional contínuo; adequação tecnológica constante; estar entre as melhores opções hospitalares da baixada santista.

VALORES – Respeitar as pessoas, trabalhar com transparência e profissionalismo, oferecer atendimento humanizado, acreditar e valorizar a capacidade de trabalho em equipe e respeitar o meio ambiente.



Utilidade Pública Federal 61.000 de 13.07.1967 Utilidade Pública Estadual "Decreto 43.929 de 06.04.1999" Utilidade Pública Municipal "Lei nº 863 de 23.09.1966"

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

REFERÊNCIA: PACIENTE/ATENDIMENTO HOSPITALAR SUS

Pelo presente TERMO, amparado pela LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados – Nº 13.709/2018, no momento de minha admissão como paciente neste hospital,

Eu: _____, CPF nº _____, aqui denominado(a) **TITULAR DE DADOS**, manifesto minha aceitação de forma livre e inequívoca, dando meu consentimento e concordância, para que a ASSOCIAÇÃO SANTAMARENSE DE BENEFICÊNCIA DO GUARUJÁ/HOSPITAL SANTO AMARO – CNPJ Nº 48.697.338/0001-70, denominada **CONTROLADORA**, com local de atendimento à Rua Quinto Bertoldi, 40 – Vila Maia – Guarujá/SP, **utilize meus dados pessoais e até os sensíveis fornecidos à presente relação de ATENDIMENTO SUS**, para que cumpra com todos os objetivos e finalidades exclusivas desta relação, e que realize o tratamento de meus dados pessoais que envolvem as operações que se referem a coleta, produção, avaliação, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração, **estando ciente de que todas essas informações de minha propriedade serão utilizadas por OPERADORES, tais como: profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares da saúde, demais prestadores de serviços envolvidos nas atividades, funcionários administrativos e terceirizados que tenham envolvimento com o meu atendimento.**

1 – DADOS PESSOAIS AUTORIZADOS:

Como **TITULAR**, tenho ciência de que MEUS dados autorizados em níveis pessoais, **que são os capazes de me individualizar e me identificar, que abrangem**: nome completo (inclusive o nome social), data de nascimento, número e imagem do RG ou outro documento de identificação válido, número do CPF, estado civil, naturalidade, nacionalidade, idade, nível de instrução ou de escolaridade, endereço completo, números de telefones, WhatsApp, endereço de correio eletrônico (e-mail), informações sobre vacinação, nome dos genitores, certidão de nascimento dos filhos em caso de ser responsável por menores, **e que meus dados em níveis sensíveis são**, origem racial ou étnica, convicção religiosa, vida sexual, genético ou biométrico, **e de saúde, especificamente abrangidas como**: atestados médicos, receituários médicos, exames laboratoriais, exames patológicos, tipo sanguíneo e fator Rh, imagens para fins de diagnóstico e monitoramento da evolução do tratamento, prontuários médicos, medicamentos sugeridos, receitas ou adquiridos, informações sobre hábitos alimentares, atividades físicas, dados antropométricos e qualquer comunicação verbal ou escrita de meu estado de saúde. Estou ciente ainda de que, a **CONTROLADORA** tem instalado para a segurança interna de todos, circuito de monitoramento de imagens que serve para a preservação e segurança de todos os ambientes, tendo como finalidade, a identificação de ocorrências e até mesmo do reconhecimento de indivíduos, inclusive da minha, caso ocorra a necessidade de identificação, para a proteção da vida e da integridade física de todos.

2 – FINALIDADES DO TRATAMENTO DE DADOS:

Como **TITULAR**, tenho ciência de que o tratamento dos MEUS dados pessoais e sensíveis listados no presente termo, tem as seguintes finalidades específicas pela **CONTROLADORA**, a meu pedido, permitir que identifique e entre em contato comigo para exclusivamente falar sobre procedimentos realizados pelos profissionais envolvidos, para cumprimento de obrigações impostas por órgãos de fiscalização; para a proteção de minha vida ou da incolumidade física, para a tutela da saúde, por autoridade sanitária, para o agendamento de quaisquer exames e que são repassados para a empresa ou profissional ligado ao tratamento, e ainda, quando necessário para atender aos interesses legítimos da **CONTROLADORA**, exceto no caso de prevalecerem os direitos e liberdades fundamentais que exijam a proteção de MEUS dados pessoais.

3 – COMPARTILHAMENTO DE DADOS:

Como **TITULAR**, autorizo a **CONTROLADORA**, a compartilhar MEUS dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas no presente termo, inclusive órgãos públicos, com o objetivo de cumprir com a legislação aplicável ou com uma ordem ou intimação judicial, observados os princípios da boa fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação, e as garantias estabelecidas pela LGPD - Lei nº 13.709, de 2018.

4 – RESPONSABILIDADE PELA SEGURANÇA DOS DADOS:

Como **TITULAR**, tenho conhecimento de que os dados digitais circulam em rede de internet aberta, e que a eliminação total do risco de invasões cibernéticas nem sempre é possível, mas sou informado de que a **CONTROLADORA** tem o compromisso e responsabilidade pela adoção de medidas de segurança, técnicas e administrativas, para a preservação da confidencialidade e integridade, aptas a proteger MEUS dados pessoais contra acessos não autorizados, e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, e que caso venha a ocorrer, serei comunicado pela **CONTROLADORA**, que também comunicará à ANPD – Autoridade Nacional de Proteção de Dados, quanto a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante a minha pessoa.



Associação Santamarense de Beneficência do Guarujá - Hospital Santo Amaro



MISSÃO – Ser um hospital geral e filantrópico, que presta serviços com qualidade e equidade para restabelecer a saúde e continuar a obra de Don domênico.

VISÃO – Manter a sustentabilidade; desenvolvimento profissional contínuo; adequação tecnológica constante; estar entre as melhores opções hospitalares da baixada santista.

VALORES – Respeitar as pessoas, trabalhar com transparência e profissionalismo, oferecer atendimento humanizado, acreditar e valorizar a capacidade de trabalho em equipe e respeitar o meio ambiente.

Utilidade Pública Federal 61.000 de 13.07.1967 Utilidade Pública Estadual "Decreto 43.929 de 06.04.1999" Utilidade Pública Municipal "Lei nº 863 de 23.09.1966"

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE PACIENTES – Revisão 01 de 02/02/2022 -continuação

5 – DOS MEUS DIREITOS COMO TITULAR:

Como **TITULAR**, tenho ciência de que posso obter da **CONTROLADORA** em relação aos MEUS dados tratados, a qualquer momento, e mediante requisição: confirmação da existência de tratamento; acesso aos dados; correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; anonimização; bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em não conformidade com o disposto na LGPD; portabilidade dos dados; eliminação dos dados pessoais tratados, exceto nas hipóteses previstas de conservação para os cumprimentos legais por parte da **CONTROLADORA**; informação das entidades públicas e privadas com as quais a **CONTROLADORA** realizou uso compartilhado de dados; informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; e revogação do consentimento, desde que, não interfira nas hipóteses previstas de conservação para os cumprimentos legais por parte da **CONTROLADORA**.

5.1 – Estou ciente de que posso apresentar reclamações à **CONTROLADORA**, por intermédio do DPO – Encarregado de Proteção de dados, ao e-mail: dpo@hsamaro.org.br, ou diretamente à ANPD - Agência Nacional de Proteção de Dados conforme previsto na LGPD, sobre qualquer assunto relacionado aos meus dados.

6 – TÉRMINO DO TRATAMENTO DOS DADOS:

Como **TITULAR**, tenho ciência de que a **CONTROLADORA** poderá manter e tratar MEUS dados pessoais durante todo o período em que os mesmos forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas no presente termo, sendo que os dados pessoais anonimizados, sem possibilidade de associação à minha pessoa, poderão ser mantidos por período indefinido.

6.1 – Estou ciente de que poderei solicitar à **CONTROLADORA**, a qualquer momento, por intermédio do DPO – Encarregado de Proteção de Dados, função estabelecida para o elo de ligação e relacionamento por meio do correio eletrônico: dpo@hsamaro.org.br, que sejam eliminados MEUS dados pessoais não anonimizados, salvo os casos em que sejam inviáveis de atendimento, por previsão legal e que devem ser mantidos e exigidos de cumprimento.

7 – REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO:

Como **TITULAR**, tenho ciência de que o presente consentimento poderá ser revogado a qualquer tempo por MIM, mediante manifestação expressa por meio de solicitação encaminhada à **CONTROLADORA**, por intermédio do DPO – Encarregado de Proteção de dados, ao email: dpo@hsamaro.org.br, mantidos os tratamentos realizados sob amparo do presente consentimento.

7.1 – Estou ciente ainda de que, caso MEU pedido de revogação não seja atendido por questões de interferência nas hipóteses previstas de conservação para os cumprimentos legais por parte da **CONTROLADORA**, serei esclarecido e informado por escrito quantos aos motivos que impossibilitam o não atendimento.

8 – TEMPO DE PERMANÊNCIA DOS DADOS:

Como **TITULAR**, tenho ciência de que o tempo de permanência de MEUS dados na **CONTROLADORA**, deverá ser o período necessário do meu tratamento, ou período estabelecido por exigência do SUS, ou ainda, definido pelos respectivos Conselhos de Medicina, que estabelecem que os documentos médicos devem ser arquivados por tempo não inferior a 20 (vinte) anos, a partir da data do último registro de atendimento.

9 – DEFINIÇÕES:

LGPD: sigla que representa: "Lei Geral de Proteção de Dados", instituída pelo governo federal por intermédio da Lei Nº 13.709/2018;

ANPD: sigla que representa: "Autoridade Nacional de Proteção de Dados", sendo órgão diretamente ligado à Presidência da República, para regular e fiscalizar os controladores de dados que tratam a respeito da privacidade de dados dos titulares dos dados;

CONTROLADORA DE DADOS: é o responsável (neste caso, o Hospital Santo Amaro) por todas as decisões referente ao tratamento de dados pertencentes ao titular, determinando regras de atuação para a proteção e privacidade desses dados, de acordo com seu modelo de negócio e de seu legítimo interesse, e em conformidade com a lei;

TITULAR DE DADOS: é toda pessoa natural identificada, que disponibiliza seus dados e informações à controladora para utilização e tratamento.

DPO: sigla das iniciais da língua inglesa que significa: DATE PROTECTION OFFICER, que traduzido para a língua portuguesa significa: Encarregado de Proteção de Dados;

DADOS ANONIMIZADOS: nome técnico dado aos dados que não mais identifica um titular de dados, sendo que esses dados podem ser utilizados e compartilhados com extrema segurança, sendo úteis para estatísticas, estudos e informações, sem colocar qualquer privacidade em risco;

OPERADOR DE DADOS: é o responsável (neste caso, todos os profissionais) que realizam o tratamento de dados dos titulares, por ordens e autoridade do controlador.

OBS: Nesse ato, após leitura, conhecimento e consentimento do referido termo, retiro minha cópia através do download no site www.hsamaro.org.br/orientacao-ao-paciente

Guarujá, ____/____/____

Assinatura do(a) Titular de Dados