

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

PACIENTE MENOR DE IDADE

Através do presente instrumento, eu _____, inscrito (a) no CPF sob nº _____, responsável pelo(a) menor de idade _____, através do presente Termo de Consentimento, registro minha manifestação livre, informada e inequívoca, a concordância com o tratamento dos dados pessoais do menor de idade acima mencionado, para as finalidades específicas abaixo listadas, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

1. Dados Pessoais o Dr.(a) _____ e o Núcleo Barbacenense de Ortopedia - NBO necessita coletar os seguintes dados pessoais de seus pacientes menores de idade: nome completo, CPF, data de nascimento, idade, filiação, dados de contato, endereço residencial, gênero, número da Identidade (RG), número do CPF, dados biométricos, informações de saúde, imagens de exames e informações de terceiros/parentes.

2. Finalidade do Tratamento dos Dados Através do presente termo, você, por representação do menor de idade, consente, de forma livre, informada e inequívoca, que o Dr.(a) _____ e o Núcleo Barbacenense de Ortopedia - NBO, realize o tratamento desses dados pessoais para as seguintes finalidades.

- Permitir que o Dr.(a) _____ e o Núcleo Barbacenense de Ortopedia - NBO identifique e entre em contato com o responsável do menor de idade, em razão do atendimento médico;
- Disponibilizar serviços/funcionalidades diversos e relacionados ao atendimento médico ou realização de exames (atualização de cadastro, histórico de exames, agendamento e confirmação de consultas);
- Utilizar os dados pessoais acima para fins de faturamento dos serviços prestados (consulta e/ou procedimentos);
- Coletar os dados biométricos (“impressão digital” ou “datilograma”) do menor para fins de identificação ao sistema de autorização da Operadora de Saúde, quando for beneficiário de plano de saúde.

3. Compartilhamento de Dados o NBO compartilhará os dados pessoais com as Operadoras dos planos de saúde, para fins de autorização e realização de exames ou consultas. Assim como compartilhará com terceiros, para cumprir exigências legais, ou ordem judicial.

4. Responsabilidade pela Segurança dos Dados o Núcleo Barbacenense de Ortopedia respeita a privacidade de todos os clientes e declara implementar todas as medidas de segurança, técnicas e administrativas disponíveis para assegurar a proteção dos dados pessoais do menor de idade.

5. Tempo de Permanência dos Dados Recolhidos o Dr.(a) _____ o Núcleo Barbacenense de Ortopedia manterá sob a sua guarda os dados do menor de idade enquanto forem necessários para a execução da finalidade descrita acima, de acordo com a legislação aplicável, assim como para cumprir o dever de guarda do prontuário do paciente, conforme a Resolução 1.821/07 do Conselho Federal de Medicina.

6. Direito de Informação sobre o Tratamento de Dados Pessoais O representante legal do menor de idade poderá solicitar informações sobre os dados pessoais coletados, bem como a sua retificação, limitação do seu tratamento e a portabilidade dos seus dados armazenados pelo Núcleo Barbacenense de Ortopedia mediante requerimento por escrito, acompanhado de um comprovante de identidade, para o seguinte endereço: dpo@hccardio.com.br.

Barbacena/MG, _____, _____ de _____.

RESPONSÁVEL PELO MENOR DE IDADE