

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS, SENSÍVEIS E DE SAÚDE

Sua Privacidade é muito importante para nós. Por isso temos o compromisso de proteger seus Dados Pessoais, Sensíveis e de Saúde. Somos o ICAPE (Instituto Chronos de Apoio à Pesquisa), CNPJ sob o nº 37936483/0001-40, situado na Avenida Hélio Prates QNM 34, área especial 1, torre do JK Shopping, salas 612 a 614 e temos o objetivo de oferecer os melhores procedimentos em Saúde para os nossos pacientes. Para que isso aconteça, de acordo com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), precisamos da autorização do(a) senhor(a) quanto ao acesso aos seus dados pessoais, sensíveis e de saúde.

Este documento tem como objetivo registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o(a) senhor (a) (Titular) concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica.

Ao assinar o presente termo o(a)senhor(a)consente e concorda que o Controlador (ICAPE) tome decisões referentes ao tratamento de seus DADOS PESSOAIS, SENSÍVEIS E DE SAÚDE também denominados DADOS PARA FINALIDADE ESPECÍFICA em conformidade com os artigos 7º - Hipóteses de Tratamento Legítimo e 11 - Tratamento de dados sensíveis da Lei Geral de Proteção de Dados nº13.709/2020. Isto consiste em realizar o tratamento de seus dados pessoais, 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.

### DADOS PESSOAIS, SENSÍVEIS E DE SAÚDE

O SENHOR (A) autoriza o ICAPE a realizar o Tratamento dos seguintes DADOS para a finalidade de Pesquisas Médicas e atendimento médico/enfermagem:

#### Dados Pessoais:

Nome completo; Nome social; Data de nascimento; Nome dos pais; Nome do cônjuge; Número e imagem da Carteira de Identidade(RG); Número e imagem do Cadastro de Pessoas Físicas(CPF); Fotografia 3x4; Endereço completo; Números de telefone fixo e móvel; Aplicativos de comunicação (WhatsApp, outros) e redes sociais; Endereço de e-mail; Nome de usuário e senha específicos para uso dos serviços do ICAPE; Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o senhor(a) e o ICAPE por qualquer tipo de documento físico e/ou digital;

#### Dados Sensíveis e De Saúde:

Imagem e voz; Dados biométricos; Etnia; Religião; Vida Sexual; Prontuário médico;Exames e atestados médicos; Carteira de vacinação; Dados genéticos; Outros a critério do médico.

### FINALIDADE DO TRATAMENTO DOS DADOS

Concordando e assinando este TERMO DE CONSENTIMENTO, o TITULAR: o(a) senhor (a), permitirá que o CONTROLADOR (ICAPE):

- a) Identifique e entre em contato com o senhor(a) em razão da sua saúde;
- b) Efetue os procedimentos de seleção para participação em Pesquisa Clínica, se o senhor(a) for elegível para algum estudo conduzido pelo ICAPE;

- c) Colete, manipule e armazene informações sobre seus DADOS para fins de Pesquisa Clínica e atendimento médico;
- d) Comunique sobre a agenda de consultas presenciais e/ou remotas;
- e) Informe sobre o preparo de exames e procedimentos;
- f) Realize atendimento e avaliações, inclusive de forma remota;
- g) Acompanhe a sua evolução após os procedimentos médicos;
- h) Ouça sua opinião sobre os serviços prestados;
- i) Apresente e compartilhe os resultados de forma remota aos patrocinadores dos estudos clínicos respeitando a sua privacidade e confidencialidade;
- j) Esclareça e divulgue notícias de Saúde;
- k) Cumpra obrigações impostas por órgãos de fiscalização;
- l) Proteja a vida e garanta a isenção do perigo físico do TITULAR ou de terceiros;
- m) Atenda aos interesses legítimos do CONTROLADOR ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do TITULAR que exijam a proteção dos Dados.

## **TRANSFERÊNCIA E COMPARTILHAMENTO DE DADOS**

O CONTROLADOR fica autorizado a transferir e/ ou compartilhar os DADOS do TITULAR com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário, para as finalidades listadas neste termo, respeitando o princípio da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação, responsabilização e prestação de contas.

## **RESPONSABILIDADE PELA SEGURANÇA DOS DADOS**

A CONTROLADORA é reponsável por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes para proteger os DADOS do TITULAR e de comunicar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados - ANPD (<https://www.gov.br/anpd/pt-br/canaisatendimento>), caso ocorra algum incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, conforme artigo 48 - Comunicação de Incidentes de Segurança da Lei Geral de Proteção de Dados nº13.709/2020.

## **TÉRMINO DO TRATAMENTO E PERMANÊNCIA DOS DADOS**

A CONTROLADORA é autorizada a manter e utilizar os DADOS do senhor(a) durante todo o período da Pesquisa Clínica e atendimento médico para as finalidades relacionadas nesse TERMO DE CONSENTIMENTO e, ainda, após o seu término para cumprimento de obrigação legal ou imposta por órgãos de fiscalização, nos termos do artigo 16 – Eliminação dos Dados da Lei Geral de Proteção de Dados nº13.709/2018, para as seguintes finalidades:

- Admissão em novas Pesquisas Clínicas;
- Cumprimento, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização e regulatórios;
- Exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;
- Proteção da vida ou da isenção do perigo físico do TITULAR ou de terceiros;

- Proteção da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;
- Quando necessário, atender aos interesses do CONTROLADOR ou de terceiros, fazendo prevalecer direitos e liberdades fundamentais do TITULAR que exijam proteção dos DADOS.

Os Dados pessoais que não identifiquem o TITULAR, sem possibilidade de associação ao indivíduo, poderão ser mantidos por período indefinido.

## **DIREITO DOS TITULARES DOS DADOS**

O TITULAR pode, a qualquer momento, exercer os seus direitos legais como TITULAR (“Dono”) dos seus DADOS conforme estabelecido no capítulo III do Direito dos Titulares, artigos 17 ao 22 da Lei Geral de Proteção de Dados nº13.709/2018 e:

- Solicitar a retirada deste TERMO DE CONSENTIMENTO para utilização dos seus DADOS;
- Solicitar informações sobre seus DADOS que estão sob nosso controle;
- Solicitar Correções dos seus DADOS;
- Solicitar informações de como seus DADOS são utilizados;
- Solicitar informações sobre o compartilhamento dos seus DADOS com terceiros;
- Solicitar informações de como seus DADOS são protegidos;
- Solicitar informações sobre como é realizada a transferência dos seus DADOS;
- Solicitar informações de como seus DADOS são armazenados;
- Solicitar a troca dos seus DADOS;
- Solicitar a exclusão de suas informações das nossas bases de DADOS.

Para exercer os direitos especificados acima, o senhor(a) poderá entrar em contato com ICAPE pelos telefones: (61) 32475622 e (61) 991830740 e registrar a solicitação.

O prazo para atendimento da solicitação é de até 15 dias úteis, podendo variar diante da complexidade das ações solicitadas.

## **VAZAMENTO DE DADOS OU ACESSOS NÃO AUTORIZADOS—PENALIDADES**

Caso ocorra vazamento de dados ou acessos não autorizados, o ICAPE comunicará o senhor(a) quanto aos possíveis danos causados e apresentará um acordo. Caso o acordo seja recusado, a o ICAPE estará sujeita às penalidades previstas no artigo 52 – Penalidades Administrativas da Lei Geral de Proteção de Dados nº13.709/2018.

## **REVOGAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO**

O senhor(a) tem o direito de retirar este TERMO DE CONSENTIMENTO a qualquer momento mediante sua manifestação.

Para solicitar a revogação deste TERMO DE CONSENTIMENTO você poderá entrar em contato conosco nos telefones:(61) 991830740 e (61) 32475622.

Para concordar com este TERMO DE CONSENTIMENTO, preencha os campos abaixo:

Eu, \_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido as informações desse termo de consentimento e autorizo o CONTROLADOR a tratar os meus dados conforme detalhado acima.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do TITULAR dos dados

\_\_\_\_\_  
CPF do titular dos dados

OU

(Cole aqui) \_\_\_\_\_

ASSINATURA ELETRÔNICA