

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES DA OUVIDORIA DA HEMOFILIA ABRAPHEM.

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018, em seu artigo 14, §1º define que o tratamento de dados pessoais de crianças deverá ser realizado com o consentimento específico e em destaque dado por, pelo menos, um dos pais ou pelo responsável legal. Com o objetivo de preservar o melhor interesse da criança e do adolescente, eu, _____, CPF nº _____ genitor ou responsável legal, deseja representar a criança ou adolescente, (nome do paciente) _____, autorizando expressamente a coleta e o tratamento de seus dados através do aceite dos Termos de Uso e Política de Privacidade da Ouvidoria da Hemofilia - ABRAPHEM, em conjunto desta DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES da OUVIDORIA DA HEMOFILIA - ABRAPHEM. Na qualidade de genitor/responsável legal, declaro que: 1. Estou ciente que informações pessoais do(s) menores(s) de idade como nome, sexo, grau de parentesco, data de nascimento, nacionalidade, CPF, e demais informações pertinentes poderão ser coletadas pela ABRAPHEM; 2. Estou ciente que a OUVIDORIA DA HEMOFILIA - ABRAPHEM tratará os dados pessoais sensíveis que lhes forem confiados ou que eventualmente sejam tratados na relação direta com o titular dos dados em estrita observância das regras específicas previstas na Lei nº 13.709/2018 ("LGPD"); 3. Estou ciente que a OUVIDORIA DA HEMOFILIA - ABRAPHEM trata apenas os dados pessoais de crianças e adolescentes que são necessários para o cumprimento da finalidade descrita nos Termos de Uso e Política de Privacidade da Ouvidoria Hemofilia - ABRAPHEM, sem a possibilidade de tratamento de forma incompatível com esses fins; 4. Estou ciente que as informações pessoais coletadas do(s) menor(es) são necessárias para utilização nas resoluções das barreiras na vivência da patologia e outros que englobam a corrente de apoio e tratamento da hemofilia e outras coagulopatias hereditárias; 5. Estou ciente que em nenhum caso as informações pessoais do(s) menor(es) de idade serão compartilhadas com terceiros estranhos, sem a minha declaração de consentimento posterior a esta autorização. Assim, na qualidade de responsável legal, autorizo expressamente a coleta das informações pessoais necessárias e adequadas para utilização nas resoluções das barreiras na vivência da patologia e outros que englobam a corrente de apoio e tratamento do(s) menor(es) de idade, pelo qual sou responsável, sem possibilidade de qualquer tipo de tratamento posterior de forma incompatível com esse fim.

_____ (Cidade), _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano).

Nome Responsável: _____

CPF: _____

Assinatura Digital: _____

Atualizado em 15 de setembro de 2023.