

Consentimento Específico de PACIENTES para tratamento de dados sensíveis

Atendimento à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709/2018)

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Declaro para os devidos fins que eu, _____, CPF _____, tenho realizado **acompanhamento médico** com o/a doutor(a) _____ CRM/_____ e autorizo que a **Astellas Farma Brasil (“Astellas”)**, inclusive por meio de sua **“Parceira”** Grupo VIVEO (Humania Saúde) colete, analise, utilize ou de outra forma trate meus dados pessoais sensíveis para a finalidade específica de realizar todo o processo necessário ao cumprimento do Programa Claudinova (**“Programa”**), cumprindo com todas as exigências e responsabilidades previstas na legislação aplicável, em especial na Lei Geral de Proteção de Dados, bem como seguindo as diretrizes previstas na Política de Privacidade da Astellas.

Estou ciente de que minhas informações pessoais, incluindo dados diagnósticos a respeito dos testes HER2 e Claudina 18.2, serão tratados pelo Laboratório ou Hospital escolhido por meu/minha médico(a) para realização dos testes, com posterior envio para a Parceira para o tratamento destas informações e envio anonimizado de meus dados à Astellas.

Ao concordar com esse termo, estou ciente que fornecerei meu consentimento livre, inequívoco, informado e específico para que a Parceira possa tratar os meus dados pessoais sensíveis, conforme necessário para a realização do Programa.

Assim, declaro que:

- ☐ Sou maior de 18 (dezoito) anos de idade.
- ☐ Cumpro com os critérios de elegibilidade do Programa Claudinova.
- ☐ Autorizo meu/minha médico(a) a solicitar a retirada de amostras previamente coletadas para a realização de exame através do Programa.
- ☐ Concordo com o transporte desta amostra por empresa logística determinada pelo Programa, quando aplicável.
- ☐ Autorizo a análise dos testes HER2, quando não previamente realizado, e Claudina 18.2.
- ☐ Autorizo a compilação, consulta, uso, indexação, estatística, pesquisa e extração de relatórios utilizando os resultados dos meus testes **desde que anonimizados**, para estudos pela Astellas.
- ☐ **Estou ciente da Política de Privacidade e do Regulamento do Claudinova e suas implicações.**

Atesto ainda, que **posso conhecimento acerca da possibilidade de não fornecer o meu consentimento** e de revogá-lo, mediante requisição expressa, a qualquer momento por meio de contato com a Central de Atendimento através do telefone 0800 999 5124 ou e-mail contato@programaclaudinova.com.br.

Na hipótese da negativa do fornecimento de consentimento ou de sua revogação, a minha participação no Programa será descontinuada, sem prejuízo dos acontecimentos anteriores executados com base em meu consentimento. Dados pessoais poderão ser mantidos pela Astellas e/ou Parceira para cumprir obrigações legais ou regulatórias, ou para exercer direitos em contrato ou processo, principalmente para garantir a observância do Regulamento do Programa Claudinova.

Tenho ciência de que, na hipótese de meu/minha médico(a) solicitar seu descadastramento do Programa, a Central de Atendimento verificará se há alguma entrega pendente em meu nome e, se houver, só realizará seu cancelamento após a realização das entregas pendentes, assim como procederá ao meu cancelamento da participação no Programa.

Para obter maiores informações sobre o tratamento de dados pessoais pelo Programa, exercer os direitos relacionados a esta autorização e ao tratamento de meus dados ou esclarecer eventuais dúvidas, posso consultar o Encarregado pela proteção de dados.

Assinatura PACIENTE

Este documento deve ser entregue juntamente com os demais documentos necessários, com pedido médico carimbado pelo Profissional Médico e o laudo anatomopatológico junto com a amostra. O laboratório não iniciará a realização dos testes das amostras no caso de ausência de quaisquer dos documentos.