

Formulário de Pedido de Consentimento

Este formulário solicita o seu consentimento para permitir que utilizemos seus dados pessoais pelos motivos indicados abaixo. Você só deve assiná-lo se optar por fornecer seu consentimento.

Quem somos nós?

O nome da organização que pede seu consentimento para usar suas informações é: **OCULARE OFTALMOLOGIA LTDA**, clínica especializada em atendimento oftalmológico. Temos como valor central a atenção ao indivíduo. Sua missão é valorizar a vida das pessoas mediante o acolhimento, a evolução da qualidade assistencial e a gestão praticada em sua unidade.

Gostaríamos de usar as seguintes informações sobre você:

Para que possamos lhe oferecer a melhor jornada no cuidado com a sua saúde, precisamos que você nos forneça algumas informações pessoais. Precisamos também coletar dados pessoais com a finalidade de lhe oferecer os serviços abaixo e, para tanto, podemos eventualmente compartilhar suas informações com empresas que nos prestam serviços como operadores, ou profissionais de saúde. O tratamento desses dados, assim como sua retenção seguirão as diretrizes da nossa Política de Privacidade, disponível no site institucional www.oculareoftalmomed.com.br

Gostaríamos de usar as seguintes informações sobre você:

- 1 – Nome;
- 2 – Número telefone;
- 3 – Endereço de e-mail.

Por que gostaríamos de usar suas informações?

- Comunicações sobre nossos serviços;
- Análise e melhoria dos produtos;
- Orientações de saúde e ações de engajamento;
- Pesquisa clínica científica e educação médica continuada;
- Compartilhamento de dados.

O que faremos com suas informações?

- Para envio de comunicações a respeito do seu tratamento, de novos serviços, eventos e oportunidades promovidas pela nossa empresa;
- Gerar análises para desenvolvimento e melhoria de sua experiência em nossas atividades e produtos;
- Oferecer dicas e ações de orientações sobre sua saúde, engajamento e autoconhecimento e programas de monitoramento;
- Realizar procedimentos para o avanço da assistência à saúde, pesquisa clínica, trabalhos científicos, estudos retrospectivos e educação médica continuada;
- Compartilhar dados entre as empresas operadoras, se necessário, profissionais de saúde e profissionais autorizados, quando necessário para a prestação dos serviços contratados.

Como retirar seu consentimento

Você pode retirar o consentimento que você está dando neste formulário a qualquer momento. Você pode fazer isso através do seguinte canal: lgpd@oculareoftalmo.med.br

Ao final desse termo, se concordar com todos os itens mencionados acima, basta clicar em aceite para sua validação.

Qualquer dúvida, entre em contato na central de relacionamento da Oculare Oftalmologia ou nos envie um e-mail para lgpd@oculareoftalmo.med.br