

TERMO DE AUTORIZAÇÃO CRIANÇA E ADOLESCENTE

Eu, _____, inscrito(a) sob o CPF nº _____, na figura de responsável legal, autorizo, nos termos do artigo 14, §1º da lei 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados) a UNIMED UBERLÂNDIA a coletar, processar, analisar, compartilhar, armazenar, reutilizar e eliminar, informações como, mas não limitado a nome completo, RG, CPF, endereço completo, nascimento, nome da mãe, anamnese, exames físicos, exames complementares, resultados exames complementares, hipóteses de diagnóstico, diagnóstico definitivo, tratamento efetuado, evolução diária, discriminação de todos os procedimentos clínicos, da criança ou adolescente _____ para fins de cumprimento do contrato de prestação de serviços de plano de saúde nº _____.

A UNIMED UBERLÂNDIA se resguarda no direito de não coletar consentimento dos pais ou responsáveis em caso de emergência ante a prevalência da obrigação de socorro e direito à vida do indivíduo frente às regras de proteção de dados pessoais vigentes no momento de eventual emergência, conforme exposto no artigo 14, §3º da LGPD.

_____, _____ de _____ de _____

Responsável Legal

