

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, inscrito no CPF nº _____, declaro que fui orientado(a) de forma clara sobre o tratamento de Dados Pessoais pela FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE PB SAÚDE, conforme as disposições abaixo:

Autorização

Em observância à Lei nº. 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais normativas aplicáveis sobre proteção de Dados Pessoais, manifesto-me de forma informada, livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar a FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE PB SAÚDE a realizar o tratamento de meus Dados Pessoais para as finalidades e de acordo com as condições aqui estabelecidas.

Finalidades do tratamento

Os meus Dados Pessoais poderão ser utilizados pela FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE PB SAÚDE para:

1. Cumprir as obrigações contratuais, legais e regulatórias da FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE PB SAÚDE, em razão de suas atividades;
2. Execução de seus programas e prestação de serviços;
3. Realizar a comunicação oficial pela FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE PB SAÚDE ou por seus prestadores de serviço, por meio de quaisquer canais de comunicação (telefone, e-mail, SMS, WhatsApp, etc.).

Estou ciente que a FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE PB SAÚDE poderá tomar decisões automatizadas com base em meus Dados Pessoais, sendo garantido a mim o direito de solicitar, por meio da Ouvidoria da FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE PB SAÚDE, a revisão dessas decisões.

Confidencialidade

Estou ciente do compromisso assumido pela FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE PB SAÚDE de tratar os meus Dados Pessoais de forma sigilosa e confidencial, mantendo-os em ambiente seguro e não sendo utilizados para qualquer fim que não os descritos acima.

Revogação

Estou ciente que, a qualquer tempo, posso retirar o consentimento ora fornecido, hipótese em que as atividades desenvolvidas pela FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE PB SAÚDE, no âmbito de nossa relação, poderão restar prejudicadas.

Declaro e concordo que os meus Dados Pessoais poderão ser armazenados, mesmo após o término do tratamento – inclusive após a revogação do consentimento –, (i) para cumprimento de obrigação legal ou regulatória pela FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE PB SAÚDE ou (ii) desde que tornados anônimos.

Canal de Atendimento

Estou ciente que posso utilizar o canal de atendimento à LGPD da FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE PB SAÚDE, por meio do endereço <https://www.pbsaude.pb.gov.br/>, para tirar dúvidas e/ou realizar solicitações relacionadas ao tratamento dos meus Dados Pessoais.

Por fim, declaro ter lido e ter sido suficientemente informado sobre o conteúdo deste Termo e concordo com o tratamento dos meus Dados Pessoais aqui descrito de forma livre e esclarecida, em observância à Lei Geral de Proteção de Dados e às demais normativas sobre proteção de Dados Pessoais aplicáveis.

Canal de Comunicação

Manifesto-me de forma informada, livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar a FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE PB SAÚDE a realizar contato comigo através dos seguintes canais:

<input type="checkbox"/>	e-mail	_____
<input type="checkbox"/>	Ligação	_____
<input type="checkbox"/>	SMS	_____
<input type="checkbox"/>	APP de comunicação (Whatsapp)	_____

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura

Especificação e Tratamento de Dados Pessoais

Para atendimento aos colaboradores da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde - PB Saúde realiza a coleta de dados pessoais de seus colaboradores por meio de seu cadastro. Abaixo, apresentamos as informações pessoais coletadas pela PBSAÚDE e suas respectivas finalidades:

- **CPF, RG, PIS, CTPS, RESERVISTA, TÍTULO DE ELEITOR E CURRÍCULO:** usamos esses dados para cadastro de nossos colaboradores no sistema do e-social do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, por meio desse sistema, de forma unificada, são passadas informações relativas aos trabalhadores, como vínculos, contribuições previdenciárias, folha de pagamento, comunicações de acidente de trabalho, aviso prévio, escriturações fiscais e informações sobre o FGTS;
- **INFORMAÇÕES DE CONJUGE:** Para fins de imposto de renda, salário família e demais atividades concernentes ao casamento civil.
- **REGISTRO NO CONSELHO DE CLASSE:** Para os profissionais cujas profissões sejam regulamentadas por um conselho de classe, se faz necessário o registro dessas informações em virtude de exigência legal e de eventuais fiscalizações;
- **NOME:** O nome é um item obrigatório no cadastro do colaborador e poderá ser utilizado para fins de transparência e identificação;
- **DATA DE NASCIMENTO:** usamos esse dado para confirmação de sua identidade;
- **GÊNERO:** usamos esse dado para personalizar seu contato;
- **TELEFONE/EMAIL:** usamos esse dado para responder às suas solicitações ou pedidos feitos em nossos canais e/ou para informá-lo de questões relacionadas às atividades laborais e situações decorrentes do vínculo empregatício, como envios de documentos, atualização de dados cadastrais, entre outros.
- **INFORMAÇÕES DE LOCALIDADE (CEP, UF, cidade, bairro e endereço):** usamos esses dados para fins de concessão de vale-transporte, lotação, transferências de unidades e para permitir um melhor planejamento de atuação em sua região.