

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 clientes por meio de seu cadastro. Abaixo, apresentamos as informações pessoais coletadas pelo Sebrae e suas respectivas finalidades:

- CPF:** usamos esse dado para permitir a sua identificação em nossos canais de atendimento, como chave de autenticação ao acessar as áreas restritas de nossos canais digitais e como referência para o enriquecimento e atualização de seu cadastro;
- Nome:** usamos esse dado para permitir a sua identificação em nossos canais de atendimento;
- Nome de tratamento:** usamos esse dado para permitir um atendimento mais personalizado;
- Data de Nascimento:** usamos esse dado para confirmação de sua identidade e para garantir a segurança infantil, de acordo com a legislação;
- Gênero:** usamos esse dado para personalizar o seu contato, para divulgação de ações e soluções direcionadas para gêneros específicos e para realização de pesquisas segmentadas;
- Deficiente físico:** usamos esse dado como referência para permitir a preparação ou adequação do atendimento da PB Saúde para o público de deficientes físicos;
- Situação atual:** usamos esse dado para verificar se você tem um pequeno negócio, formal, informal ou se você é um potencial empreendedor, o que nos permite um melhor direcionamento de nossa comunicação e avaliar como está o nosso atendimento para cada um desses públicos;
- Cargo:** usamos esse dado para permitir verificar a qual público de nossos serviços você pertence;
- Telefone:** usamos esse dado para ações de divulgação de produtos e serviços, para realização de pesquisas por meio de ligação ou de mensagem de texto, para responder às suas solicitações ou pedidos feitos em nossos canais ou para informá-lo de questões transacionais, como mudança de horário do atendimento ou de um evento, por exemplo.

Realizamos ligações e envio de mensagens de texto com fins promocionais de acordo com a sua preferência e sua autorização, você pode entrar em contato conosco para revisar essa autorização.

- E-mail:** usamos esse dado para ações de divulgação de produtos e serviços, para realização de pesquisas por meio de ligação ou de mensagem de texto, para responder às suas solicitações ou pedidos feitos em nossos canais, ou para informá-lo de questões transacionais, como dados de uma contratação de serviços do PB Saúde, por exemplo;

Realizamos o envio de e-mails com fins promocionais de acordo com a sua preferência e sua autorização, você pode entrar em contato conosco para revisar essa autorização.

- Informações de localidade (CEP, UF, cidade, bairro e endereço):** usamos esses dados para permitir a identificação de como podemos apoiá-lo localmente, para trazer informações importantes sobre a cidade em que você está para apoiar em nosso processo de entendimento de suas necessidades, para envio de material de qualificação de alguns de nossos eventos, como destinatário em mala direta, para envio de cobrança judicial, direcionamento do atendimento em grandes cidades, para permitir o seu direcionamento ao atendimento por equipes de seu estado e para permitir um melhor planejamento do na atuação em sua região.