

ANEXO V

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD

Pelo _____ presente _____ instrumento _____ eu

inscrito no CPF sob o número ____/____/____ - ____, aqui denominado como PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO, autorizo expressamente que a FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, doravante denominada CONTROLADORA, em razão do processo de credenciamento para contratação de serviços de plantão médico presencial de 12 horas, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os arts. 7º e 11 da Lei Federal nº 13.709/2018, conforme disposto neste termo.

CLAÚSULA PRIMEIRA - DOS DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

- 1) Nome completo;
- 2) Data de nascimento;
- 3) Número e Imagem da Carteira de Identidade ou outro documento de identificação;
- 4) Número e Imagem do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF;
- 5) Número e Imagem do Título de Eleitor;
- 6) Endereço completo;
- 7) Números de telefone, celular e e-mail;
- 8) Dados bancários, como número da conta corrente, agência e banco;

CLAÚSULA SEGUNDA - DA FINALIDADE DO TRATAMENTO DE DADOS

O PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO autoriza, expressamente, que a CONTROLADORA utilize os dados pessoais e dados pessoais sensíveis listados da CLÁUSULA PRIMEIRA deste termo para as seguintes finalidades:

- Permitir que a CONTROLADORA identifique e entre em contato com o PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO, em razão do credenciamento para prestação de serviços médicos;
- Para procedimentos de inscrição e posterior contratação mencionado no item supramencionado;
- Para cumprimento, pela CONTROLADORA, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização;
- Quando necessário para atender aos interesses legítimos da controladora ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO COMPARTILHAMENTO DE DADOS

Por este instrumento a CONTROLADORA fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO internamente, ou seja, a FHEMIG poderá compartilhar os dados do PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO com os setores envolvidos no processo objetivando possibilitar a contratação do serviço de plantão médico presencial de 12 horas, assegurando os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

CLÁUSULA QUARTA - Responsabilidade pela Segurança dos Dados

A CONTROLADORA se responsabiliza por manter medidas de segurança técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO, comunicando ao PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO, caso aconteça qualquer incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, conforme o art. 48 da Lei Federal nº 13.709/2018. Fica permitido à CONTROLADORA manter e utilizar os dados pessoais do PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO durante todo o período contratualmente firmado, para as finalidades relacionadas nesse termo e, ainda, após o término da contratação para cumprimento da obrigação legal ou impostas por órgãos de fiscalização, nos termos do art. 16 da Lei Federal nº 13.709/2018.

CLAUSULA QUINTA - DO TÉRMINO DO TRATAMENTO DOS DADOS

Fica permitido à CONTROLADORA manter e utilizar os dados pessoais do PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO durante todo o período de duração do credenciamento e contratação acima mencionado.

CLÁUSULA SEXTA - DO DIREITO DE REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO

O PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por meio do endereço eletrônico credenciamento@fhemig.mg.gov.br, conforme o § 5º do art. 8º combinado com o inciso VI do *caput* do art. 18 e com o art. 16 da Lei Federal nº 13.709/2018.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO TEMPO DE PERMANÊNCIA DOS DADOS RECOLHIDOS

O PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO fica ciente de que a CONTROLADORA deverá permanecer com os seus dados pelo período de duração de todo o processo de credenciamento, durante o prazo de duração da contratação e pelo prazo prescricional.

Local e data:,
...../...../.....

.....

Assinatura do Profissional Médico Interessado