

## TERMO DE CONSENTIMENTO COLETA DE DADOS PESSOAIS E SENSÍVEIS E DE IMAGEM

### Controlador

**A CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO NORDESTE DO BRASIL**, inscrita no CNPJ sob o nº. 05.814.777/0001-03, com sede na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, à Av. Santos Dumont, nº 782, Centro, CEP 60.150-160.

### Titular dos dados pessoais

Qualificação do titular do dado pessoal

Nome da criança:

Documento de identificação da criança:

### Dados Coletados

Dados cadastrais e de saúde.

### Finalidades do tratamento

Os dados cadastrais são para a inscrição na operadora de plano de saúde.

Os dados de saúde são para viabilizar a prestação de serviços continuada de assistência a médico-hospitalar e odontológica visando à prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde.

### Armazenamento

Concordo que os meus dados pessoais objeto do presente documento serão utilizados pela Camed para, além das finalidades descritas no item anterior, armazenamento em uma base de dados de responsabilidade da própria Camed e utilização posterior para comunicação e aprimoramento dos serviços prestados pela operadora.

### Compartilhamento

Fica o Grupo Camed autorizado a compartilhar os meus dados pessoais objeto do presente documento com outros Agentes de Tratamento, caso seja necessário para as finalidades ora descritas, observados os princípios e garantias estabelecidos pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e outras legislações aplicáveis ao caso.

Os agentes de tratamento são a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e os prestadores de serviço de assistência a médico-hospitalar e odontológica.

### Confidencialidade

A presente autorização leva em consideração o compromisso assumido pela Camed de tratar os dados pessoais objeto do presente documento, inclusive os dados sensíveis, de forma sigilosa e

## **Procedimento de Coleta do Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais**

confidencial, mantendo-os em ambiente seguro e não sendo utilizados para qualquer fim que não os descritos nos itens acima.

### **Uso de imagem**

Declaro ter conhecimento e autorizo a captura da imagem por biometria, pela Camed ou prestador de serviço da rede credenciada, para a identificação do beneficiário.

### **Autorização**

Em total observância à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018) e demais normativas sobre proteção de dados pessoais, manifesto-me de forma livre, expressa e inequívoca em autorizar o Grupo Camed a realizar o tratamento dos dados pessoais objeto do presente documento, nos limites ora estabelecidos.

A autorização ora concedida se estenderá a eventuais sociedades de propósitos específicos, outras associações e empresas do mesmo grupo, mesmo que futuras ou provenientes de fusões, aquisições, incorporações, cisões ou qualquer outra operação societária que possa alterar a estrutura atual do Grupo Camed, em razão de suas atividades.

### **Revogação**

Tenho conhecimento de que, a qualquer tempo, posso revogar o consentimento ora fornecido relacionado ao tratamento dos dados pessoais objeto do presente documento, hipótese em que deixarei de fazer parte do banco de dados do Grupo Camed.

Declaro e concordo que os dados pessoais por mim fornecidos poderão ser armazenados, mesmo após o término do tratamento, inclusive após a revogação do consentimento, para (i) cumprimento de obrigação legal ou regulatória ou (ii) desde que anonimizados (quando deixarão de ser considerados dados pessoais para o fim da LGPD).

### **Canais de atendimento**

Estou ciente que posso receber informações, tirar dúvidas ou realizar solicitações relacionadas ao presente Termo pelo [camed@camed.com.br](mailto:camed@camed.com.br) ou [protecaodedadospessoais@camed.com.br](mailto:protecaodedadospessoais@camed.com.br).

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA