

Prezado usuário,

O IBOL, sempre atento às determinações legais e visando aprimorar a excelência na prestação de serviço, bem como a manutenção da relação de credibilidade, solicita, nos termos da Lei 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados, o fornecimento de determinados dados pessoais (nome, nº de identidade, endereço, convênio etc.) e também alusivos às condições de saúde, todos com adequação à prestação do serviço proposto e, para essa finalidade, no intuito de que possam ser armazenados e usados com toda a segurança técnica e administrativa, privacidade e responsabilidade.

Com o consentimento, os dados coletados serão tratados, e permitirá por exemplo:



A comunicação com o usuário/paciente, sobre consultas, exames e procedimentos;



O recebimento de sugestões, críticas e avaliações;



A solução técnica por nossos profissionais (diagnóstico, tratamento, prevenção);



O acesso às informações sobre o seu prontuário médico feito pelos profissionais envolvidos;



As autorizações, prestações de contas junto a operadoras de prestadoras de serviços médico-hospitalares (planos de saúde do titular);



A transmissão e comunicação entre os departamentos do IBOL e aos colaboradores, quando necessários para o seu atendimento.



A realização de produção científica derivada de análises obtidas dos dados para o desenvolvimento da assistência à saúde, bem como estudos retrospectivos observacionais e educação médica continuada.

O IBOL, igualmente, poderá transmitir dados ao cumprimento de ordens judiciais, obrigações contidas na legislação em vigor, da Autoridade Nacional de Proteção de Dados ou de outras autoridades públicas competentes.

Você como Titular dos dados poderá a qualquer tempo solicitar, expressamente e por escrito, o acesso, correção, limitação do tratamento, portabilidade e eliminação dos dados, dentre outros direitos expressos na LGPD, basta entrar em contato conosco através da Ouvidoria (ouvidoria@ibol.com.br) ou DPO (dpo@ibol.com.br).

Este consentimento poderá ser revogado pelo Titular, a qualquer momento, mediante solicitação via e-mail ou correspondência ao Controlador, ressaltando que eventual revogação pode comprometer parcial ou totalmente a prestação dos serviços.

Autorizo

Não autorizo

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____ .

Ass.: _____

Nome do paciente:

Nome do representante legal (quando aplicável):

RG ou CPF:

E-mail:

Prontuário: