

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS

Por este termo de consentimento, eu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
telefone \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, AUTORIZO o **Hospital Adventista do Pênfigo** a coletar, armazenar, tratar meus dados pessoais bem como compartilhar com parceiros do Grupo Institucional e com prestadores contratados ou associados, com a única finalidade de prestação de serviços em saúde, de acordo com a respectiva [Política de Privacidade](#) e a [Lei Geral de Proteção dos Dados Pessoais \(Lei 13.709/2018\)](#).<sup>1</sup>

Aceito receber material educativo sobre saúde física, mental e espiritual, pesquisas de satisfação, informativos sobre consultas, exames procedimentos e preparo.

Estou ciente que a qualquer tempo posso revogar este consentimento, alterar meus dados ou transferi-los, sendo válidas após a data da alteração.

Campo Grande, na data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

<sup>1</sup> Caso tenha dúvidas sobre o tratamento dos dados entre em contato conosco pelo e-mail: [comercial@hap.org.br](mailto:comercial@hap.org.br)