

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 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE, doravante denominada SES, em razão do **Edital do Credenciamento - Chamamento Público nº 01/2024** para contratação de serviços de plantão médico presencial de 06 ou 12 ou 24 horas visando assegurar a assistência hospitalar de importância estratégica estadual e regional, em níveis secundário e terciário de complexidade, no **SERVIÇO DE HEMATOLOGIA DO ESTADO DE SERGIPE**, sediado no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE - HUSE**, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os art. 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.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA FINALIDADE DO TRATAMENTO DE DADOS

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

- Permitir que a SES 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 SES, 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 SES fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO internamente, ou seja, a SES 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 06 ou 12 ou 24 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 SES se responsabiliza por manter medidas de segurança técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO, comunicando ao mesmo, 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 SES 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 SES 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 credenciamentomedico012024@saudese.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.



Página:50 de 65

CLÁSULA SÉTIMA - DO TEMPO DE PERMANÊNCIA DOS DADOS RECOLHIDOS

O PROFISSIONAL MÉDICO INTERESSADO fica ciente de que a SES 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