

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA COMPARTILHAMENTO DE  
DADOS PESSOAIS – SERVIÇO DE IMAGENS**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Responsável Legal: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

*Preencher se paciente for menor ou incapaz.*

Declaro que fui devidamente informado(a), de forma clara e adequada, sobre as finalidades, condições e limites do compartilhamento dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD).

Autorizo, de maneira livre, expressa e informada, que a equipe do Hospital Imaculada Conceição, na qualidade de Controladora dos dados, compartilhe, por meios digitais seguros, dados clínicos, exames, imagens e demais informações necessárias com empresa terceirizada especializada na elaboração de laudos, para fins exclusivos de análise técnica e/ou emissão de relatório médico por profissional especialista.

Fui esclarecido(a) de que tanto a Controladora quanto a empresa terceirizada responsável pela emissão dos laudos, na qualidade de Operadora de Dados, comprometem-se a adotar medidas técnicas e administrativas adequadas para proteger meus dados pessoais contra acessos não autorizados e contra situações accidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilegal.

Os dados pessoais e sensíveis compartilhados serão utilizados exclusivamente para as finalidades aqui descritas e armazenados pelo tempo estritamente necessário ao cumprimento dessas finalidades, observados os prazos legais, regulatórios e éticos aplicáveis, sendo posteriormente eliminados ou anonimizados, quando cabível.

Declaro, ainda, que fui informado(a) sobre meus direitos como titular dos dados, incluindo o direito de acesso, correção, revogação do consentimento, nos termos da legislação vigente, ciente de que a revogação poderá impactar a continuidade ou a conclusão da análise e emissão do laudo.

Guanhães/MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura Paciente/Responsável