

Consentimento para Compartilhamento de Dados Pessoais e Sensíveis

Eu, _____, beneficiário (a) do CompesaSaúde Plano____, carteira sob o nº _____, portador(a) do CPF nº _____, autorizo a **Fundação Compesa de Previdência e Assistência - CompesaPrev** a compartilhar meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis¹ (acessíveis para cumprimento de obrigação contratual), com o(a) titular do plano de saúde.

Através deste consentimento, autorizo a CompesaPrev a compartilhar com o(a) titular do plano de saúde informações referentes ao meu histórico financeiro, de utilização de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, na condição de beneficiário do CompesaSaúde.

Tenho ciência de que, conforme o parágrafo 5º do art. 8º da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados², possuo o direito de revogar este consentimento, a qualquer momento, e sem a necessidade de justificar a recusa ao compartilhamento dos meus dados pessoais e sensíveis com o titular do plano de saúde.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura

¹ Dados pessoais sensíveis são aqueles “sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural” (Art. 5º, Inciso II - LGPD).

² § 5º: O consentimento pode ser revogado a qualquer momento mediante manifestação expressa do titular, por procedimento gratuito e facilitado, ratificados os tratamentos realizados sob amparo do consentimento anteriormente manifestado enquanto não houver requerimento de eliminação, nos termos do inciso VI do caput do art. 18 desta Lei.