

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018 em seu artigo 14, §1º, define que o tratamento de dados pessoais de crianças deverá ser realizado com o consentimento específico e em destaque dado por, pelo menos, um dos pais ou pelo responsável legal. Com o objetivo de preservar o melhor interesse da criança e do adolescente, eu, _____, CPF nº _____, vinculado ao contrato nº _____, genitor ou responsável legal, deseja incluir os menores, listados abaixo, como dependentes do plano de saúde para beneficiar a criança ou adolescente, autorizando a coleta e o tratamento de seus dados através desta **Declaração**.

Nome da criança/adolescente	Idade	Grau de parentesco

Na qualidade de responsável legal, estou ciente: **1.** Que informações pessoais do(s) meu(s) dependente(s) menores(s) de idade como, nome, sexo, grau de parentesco, data de nascimento, nacionalidade, CPF, Cadastro Nacional de Saúde (CNS) e demais informações poderão ser coletadas pela **Unimed Grande Florianópolis**. **2.** Que a **Unimed Grande Florianópolis** tratará os dados pessoais sensíveis que lhe forem confiados ou que eventualmente sejam tratados na relação direta com o titular dos dados em estrita observância das regras específicas previstas na Lei nº 13.709/1918 (“LGPD”). **3.** Que a **Unimed Grande Florianópolis** trata apenas os dados pessoais de crianças e adolescentes que são necessários para o cumprimento da finalidade contratual descrita no contrato firmado de plano de saúde sem a possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com esses fins. **4.** Que as informações pessoais coletadas do(s) meu(s) dependente(s) menor(es) são necessárias para o fornecimento dos serviços disposto no contrato de plano de saúde e o não fornecimento dessas informações pode comprometer/impossibilitar a execução do contrato. **5.** Que em nenhum caso as informações pessoais do(s) dependente(s) menor(es) de idade serão compartilhadas com terceiros estranhos à relação contratual, sem a minha declaração de consentimento posterior. **6.** Este consentimento poderá ser revogado a qualquer momento, mediante solicitação do responsável, através dos canais disponibilizados pela Unimed Grande Florianópolis para este fim. Contudo, a revogação deste consentimento para tratamento dos dados do(s) menor(es), impossibilita a execução do contrato, implicando na necessidade da exclusão do referido beneficiário do plano de saúde. Assim, na qualidade de responsável legal, autorizo expressamente a coleta das informações pessoais necessárias e adequadas para a execução dos contratos de Plano de Saúde do(s) meu(s) dependente(s) menor(es) de idade, sem possibilidade de qualquer tipo de tratamento posterior de forma incompatível com esse fim.

Florianópolis, _____ / _____ /20_____

Nome do Responsável Legal: _____

Assinatura: _____