TERMO DE CONSENTIMENTO - TRATAMENTO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, _____, inscrito no RG nº _____ e CPF nº _____, **pai e/ou responsável legal** _____, inscrito no RG nº _____ e CPF nº _____ em atenção ao disposto nos artigos 8ª c/c artigo 14 da Lei nº 13.709/2018, **DECLARO ESTAR CIENTE** que a **CAIXA BENEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO - CABESP**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 62.231.527/0001-84, registrada junto a ANS sob o nº 35.233-1, com sede na Rua Boa Vista, 293 - Centro, São Paulo-SP - CEP 01014-915, onde é feito o atendimento aos beneficiários, na condição de CONTROLADORA e OPERADORA de dados, realizará o tratamento de dados pessoais e de dados pessoais sensíveis do titular que sou **PAI OU RESPONSÁVEL LEGAL** para as finalidades especificas de cumprimento do contrato de assistência; cumprimento de obrigações legais e regulatórias, para exercício regular de direitos para qualquer outra finalidade que a referida a lei não dispense a exigência do consentimento do titular.

1.1 Declaro estar ciente que a CABESP poderá tratar, coletar, armazenar e compartilhar com empresas terceiras, sempre com a estrita observância à Lei, os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis, bem como, informações cadastrais, financeiras e relativas serviços assistenciais contratados para: (i) garantir maior segurança e prevenir fraudes; (ii) assegurar sua adequada identificação, qualificação e autenticação de operações; (iii) prevenir atos relacionados à lavagem de dinheiro e outros atos ilícitos; (iv) autorizar procedimentos na rede credenciada direta ou indireta; (v) aperfeiçoar o atendimento e os serviços prestados; (vi) e outras hipóteses baseadas em finalidades legítimas para a perfeita execução do contrato de prestação de serviços.

1.2. Declaro que os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis estritamente necessários, poderão ser utilizados e compartilhados para atender a finalidades específicas com fornecedores e prestadores de serviços, incluindo empresas de Call Center, de processamento de dados, de tecnologia, prestação de atendimento médicos hospitalares, e empresas ou escritórios especializados em cobrança de dívidas. **Importante:** A CABESP assegura a V.sa, que não haverá qualquer compartilhamento de seus dados com empresas que não possuam contrato de prestação de serviço com a CABESP.

1.3. A CABESP poderá fornecer os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis do BENEFICIÁRIO sempre que estiver obrigada, seja em virtude de disposição legal, ato de autoridade competente ou ordem judicial.

1.4 Declaro que na condição de pai ou responsável legal do titular dos dados pessoais e dos dados pessoais sensíveis, estou ciente do meu direito a obter, em relação aos meus dados

tratados pela CABESP, após a vigência da lei e mediante requisição, nos termos da Lei, dentre outros: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; (iv) a anonimização, bloqueio ou eliminação de dados pessoais desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a Lei; (v) a portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, observados os segredos comercial e industrial.

1.5 No caso do término do Contrato de Prestação de Assistência a Saúde, os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis, bem como, outras informações a ele relacionadas poderão ser conservados pela CABESP para cumprimento de obrigações legais e regulatórias e para o exercício regular de direitos, pelos prazos previstos na legislação vigente.

1.6 Declaro ainda estar ciente que a não autorização da utilização dos dados nos termos e condições mencionadas acima, a solicitação de anonimização e a solicitação de exclusão dos dados que sou titular da base controlada pela CABESP, inviabilizará a prestação de serviços de plano de saúde prestados pela CABESP, de modo que a vigência do contrato ficará condicionada a avaliação interna da CABESP, considerando a pertinência e a necessidade do uso dos dados.

1.7 A inviabilização do contrato de plano de saúde pelas condições mencionadas no item 1.6, exime a CABESP de qualquer responsabilidade quanto a prestação de serviços de assistência médica.

CPF n°

Assinatura: