

Autorização para Uso de Dados: Autorizo o Sistema Público de Saúde a coletar e utilizar meus dados pessoais, como nome, data de nascimento, CPF, RG, endereço, telefone e informações relacionadas à minha saúde, para os seguintes fins:

- a) Registro e identificação nos serviços de saúde;
- b) Marcação de consultas, exames e procedimentos médicos;
- c) Elaboração e acompanhamento de prontuários médicos e histórico de saúde;
- d) Contato para informação sobre resultados de exames e agendamentos;
- e) Compartilhamento de informações entre profissionais de saúde envolvidos no meu tratamento;
- f) Realização de estudos epidemiológicos e estatísticos, desde que os dados sejam anonimizados;
- g) Cumprimento de obrigações legais e regulatórias.

Direitos do Titular dos Dados: Entendo que tenho o direito de acessar, corrigir, atualizar, anonimizar, bloquear ou excluir meus dados pessoais, bem como de revogar o consentimento a qualquer momento, mediante solicitação ao Sistema Público de Saúde.

Consequências da Não Autorização: Declaro estar ciente de que o não fornecimento ou a revogação do consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais pode impossibilitar a prestação de determinados serviços de saúde.

Validade do Consentimento: Concordo que este termo tem validade por tempo indeterminado, enquanto meus dados forem necessários para os fins acima mencionados, podendo ser revogado a qualquer momento por mim, mediante solicitação ao Sistema Público de Saúde.