

TERMO DE CONSENTIMENTO E AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

_____, portador(a) da carteira de identidade de nº _____,
, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, com endereço na (rua/avenida/prça)
_____, nº _____, complemento _____
bairro _____, na cidade de _____, estado de _____,
CEP _____, daqui por diante denominado **BENEFICIÁRIO**.

O BENEFICIÁRIO, de forma livre, espontânea e informada, AUTORIZA, expressamente, a utilização, sem qualquer tipo de ônus (inclusive financeiro), remuneração ou indenização das imagens colhidas na consulta realizada por médico credenciado da Cemig Saúde, por meio de fotografia ou vídeo do seu caso clínico, para serem utilizadas com finalidade didática, científica ou jurídica, para cumprimento de obrigação legal ou para defesa de direitos, bem como para análise médica e realização de perícia, ficando resguardado o dever de sigilo profissional.

O BENEFICIÁRIO declara que o mencionado dado pessoal sensível será tratado pela Cemig Saúde por meio de seus funcionários, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas, inclusive em empresas de prestação serviços de armazenamento na nuvem, com o objetivo de atendimento do objeto social da Cemig Saúde que visa prestar serviços de Plano de Saúde a seus beneficiários, sempre resguardando o direito de sigilo.

As imagens serão tratadas nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados, enquanto forem necessários para o cumprimento das obrigações legais e contratuais da Cemig Saúde, perante o beneficiário e perante terceiros, até que se cessem todos os prazos prescricionais previstos na legislação vigente.

Nos termos do Artigo 18 da Lei Geral de Proteção de dados, o beneficiário acima qualificado, declara ter ciência que tem o direito a obter da **Cemig Saúde**, a qualquer momento e mediante requisição, a confirmação da existência de tratamento; o acesso aos dados; a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; a anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto nesta Lei; a portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação do órgão controlador; a eliminação; a revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei Geral de Proteção de Dados, salvo as exceções previstas em Lei.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura do beneficiário (maior de idade) ou responsável legal.

Se responsável legal, informe o nome completo e CPF abaixo :

CPF: _____