

Consentimento Específico de PROFISSIONAL MÉDICO para tratamento de dados sensíveis

Atendimento à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709/2018)

Declaro para os devidos fins que autorizo o tratamento de meus dados pessoais por parte da **Astellas Farma Brasil (“Astellas”)**, inclusive por meio de sua parceira **Integra Medical Consultoria S.A. (“Integra”)**, sempre e quando vinculados aos de meus pacientes (ou para seu benefício) para cumprir com a finalidade específica de realizar todo o processo necessário ao cumprimento do **Programa Alma**, cumprindo com todas as exigências e responsabilidades previstas na legislação aplicável, em especial, na Lei Geral de Proteção de Dados, bem como seguindo as diretrizes previstas na Política de Privacidade da Astellas.

Estou ciente da responsabilidade de realizar a minha inscrição e a de meus pacientes no website www.programaalma.com.br (“Site”) ou na central de atendimento dedicada ao Programa acessível através do telefone 0800 999 5124 (“Central de Atendimento”), sendo de minha exclusiva responsabilidade o adequado preenchimento das informações pessoais solicitadas. Entendo que a minha participação poderá ser realizada múltiplas vezes, inclusive de forma paralela, desde que com pacientes diversos.

Estou ciente de que minhas informações pessoais e as informações pessoais de meus pacientes, incluindo dados de diagnósticos a respeito da mutação de seu gene FLT3 serão tratados pelo Laboratório ou Hospital escolhido por mim para realização do exame, com posterior envio à Integra para o tratamento destas informações e envio anonimizado dos dados à Astellas.

Ao concordar com esse termo, estou ciente que estarei dando o meu consentimento livre, inequívoco, informado e específico para que a Astellas e sua parceira possam tratar os meus dados pessoais e os dados pessoais sensíveis de meus pacientes, conforme necessário para a realização do **Programa Alma**.

Assim, declaro que:

- Somente inscreverei pacientes maiores de 18 (dezoito) anos de idade no Programa Alma
- Somente inscreverei pacientes que cumpram com os requisitos diagnósticos do Programa Alma
- Autorizo a utilização dos meus dados atrelados aos resultados de exame de meus Pacientes **desde que anonimizados** para estudos pela Astellas
- Estou ciente da Política de Privacidade e do Regulamento do Programa Alma e suas implicações**

Atesto ainda, que **posso conhecimento acerca da possibilidade de não fornecer o meu consentimento** e de revogá-lo, mediante requisição expressa, a qualquer momento por meio de contato com a Central de Atendimento 0800 999 5124.

Na hipótese da negativa do fornecimento de consentimento ou de sua revogação, a minha participação no Programa Alma será descontinuada, sem prejuízo dos acontecimentos anteriores executados com base em meu consentimento.

Dados pessoais poderão ser mantidos pela Astellas e/ou Integra para cumprir obrigações legais ou regulatórias, para exercer direitos em contrato ou processo, principalmente para garantir a observância do Regulamento do Programa Alma.

Na hipótese de eu solicitar meu descadastramento, a Central de Atendimento do Programa verificará se há entrega pendente de algum Paciente cadastrado por mim e, se houver, só realizará meu cancelamento após a realização das entregas pendentes, assim como procederá ao cancelamento da participação do Paciente no Programa. Os meus pacientes que testarem no estágio recidivado ou refratariedade da doença também terão o cancelamento de sua participação no Programa.

Para obter maiores informações sobre o tratamento de dados pessoais pelo Programa Alma, exercer os direitos relacionados a esta autorização e ao tratamento de meus dados ou esclarecer eventuais dúvidas, posso consultar o Encarregado pela proteção de dados.