



REGULAMENTO PARA EXERCÍCIO DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES PREVISTOS NA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS (LGPD)

Art. 1º. O exercício dos direitos e obrigações previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) por docentes, colaboradores, alunos, fornecedores, pacientes, dependentes e demais membros da comunidade da FACULDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC – SLMANDIC é disciplinada pelo presente Regulamento, observadas as normas da legislação brasileira, especialmente a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Art. 2º. Consideram-se dados pessoais toda a informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, tais quais nome, RG, CPF, título de eleitor, filiação, e-mail, peso, altura, opção religiosa, opção sexual, sexo, gênero, raça, cor, etnia, dados biométricos, dados genéticos, dados de saúde, etc.

Art. 3º A LGPD prevê expressamente que o titular dos dados pessoais pode exercer os seguintes direitos:

- I.** Solicitar a confirmação da existência de tratamento de dados pessoais;
- II.** Solicitar o acesso aos seus dados pessoais tratados pela SLMANDIC;
- III.** Solicitar a correção dos dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- IV.** Solicitar a anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na LGPD;
- V.** Solicitar a portabilidade dos dados pessoais a outro fornecedor de serviço ou produto;
- VI.** Solicitar a informação sobre com quem a SLMANDIC compartilhou os seus dados pessoais;
- VII.** Revogar o consentimento para tratamento dos dados pessoais anteriormente concedido;
- VIII.** Solicitar a eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento, caso decida revogar este consentimento;

IX. Solicitar a revisão de decisões tomadas unicamente com base em tratamento automatizado de dados pessoais que afetem o seu interesse.

Art. 4º. O exercício de qualquer dos direitos previstos no art. 3º, deverá ser formalizado, por escrito, através do e-mail privacidade@slmandic.edu.br, que será recebido e respondido pelo Encarregado dos dados pessoais ("DPO") nomeado pela SLMANDIC.

Parágrafo único: Na hipótese do pedido ter sido formalizado em outro canal (SAC, dentre outros) e desde que tenha sido feito de maneira escrita, o responsável pelo canal deverá encaminhar imediatamente a solicitação para o canal privacidade@slmandic.edu.br

Art. 5º. O Encarregado dos dados pessoais (DPO) será o único responsável pelo recebimento, encaminhamento e resposta ao titular dos dados pessoais que fizer qualquer uma das solicitações previstas na LGPD.

Art. 6º. As solicitações deverão ser respondidas em até 20 (vinte) dias, contados da data da solicitação. Na hipótese deste prazo não ser suficiente para a formalização da resposta adequada ou do cumprimento da solicitação, deverá ser enviada uma resposta explicando o ocorrido e informando que a resposta será enviada, impreterivelmente em mais 10 (dez) dias.

Parágrafo único: Na hipótese de a solicitação versar sobre a confirmação de existência de tratamento de dados pessoais pela SLMANDIC ou sobre o acesso aos dados pessoais em controle da SLMANDIC, a resposta deverá ser dada de maneira simplificada e em até 48 (quarenta e oito) horas. Caso não seja possível responder no referido prazo, a resposta deverá ocorrer em até 15 (quinze) dias corridos, oportunidade em que a declaração deverá ser clara e completa, indicando a origem dos dados, a inexistência de registro, os critérios utilizados e a finalidade do tratamento, observados eventuais segredos comercial ou industrial. O titular decidirá como as informações e dados serão fornecidos (meio eletrônico ou impresso); na hipótese de não haver especificação por parte do titular, os dados serão fornecidos por meio eletrônico.

Art. 7º. Sem prejuízo da independência norteadora das funções do Encarregado dos dados pessoais (DPO), as solicitações relacionadas à LGPD poderão ser encaminhadas para o setor jurídico e para o setor de segurança ou tecnologia da informação, para coleta de subsídios.

Art. 8º. Caberá às Diretorias Executiva Administrativa, Executiva Acadêmica, de Graduação e Pós-Graduação transmitir este regulamento para conhecimento da comunidade da FACULDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC.

Este Regulamento entra em vigor na data de sua publicação, *ad referendum* do Conselho Superior da FACULDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC – SLMANDIC.

Campinas, 2 de março de 2021.



Prof. Dr. José Luiz Cintra Junqueira

Presidente



**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE QUANTO À
UTILIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS DOS PACIENTES
PARA FINALIDADE DIDÁTICO-CIENTÍFICA -
GRADUAÇÃO DE ODONTOLOGIA**

Eu, _____
_____, Registro acadêmico (RA) _____, inscrito no C.P.F sob nº _____, estudante regularmente matriculado no curso de Graduação em _____ da Faculdade São Leopoldo Mandic.

CONSIDERANDO a vigência da Lei 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais" ou "LGPD"), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural e

CONSIDERANDO que, nos termos da legislação supramencionada, os dados de saúde, incluindo-se, mas, não se limitando aos exames clínicos e de imagem, ficha de anamnese, prontuário, Termos de Consentimento e receituários, são considerados dados sensíveis e merecem especial atenção e cuidado.

Comprometo-me, na qualidade de aluno(a) da Instituição, a:

1. Guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de minhas funções;
2. **NÃO** divulgar nome, endereço ou qualquer outro elemento que identifique o paciente;
3. **NÃO** copiar, divulgar, compartilhar, reproduzir, transmitir e distribuir, com quem quer que seja e, principalmente nas redes sociais, qualquer dado pessoal e de saúde do Paciente, incluindo as imagens radiológicas, fornecidos a mim para fins de estudo e interpretação, ainda que haja a autorização do Paciente.
4. **DELETAR**, inclusive da "Lixeira", todo e qualquer documento com dados pessoais de pacientes, incluindo, mas não limitado, imagens radiológicas, exames e informações de prontuários após esgotada a finalidade de seu uso.
5. **NÃO ARMAZENAR** nenhum dado pessoal de paciente, seja em formato físico ou digital (nuvem, e-mail, "hd", drive, pendrive, etc), após esgotada a finalidade do uso destes dados pessoais.

Tenho ciência que o descumprimento do presente termo poderá acarretar responsabilização ética, administrativa, cível e, eventualmente, criminal, nos termos da legislação aplicável.

_____, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA

Nome: _____



**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE QUANTO À
UTILIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS DOS PACIENTES
PARA FINALIDADE DIDÁTICO-CIENTÍFICA -
GRADUAÇÃO DE MEDICINA**

Número de Registro _____

Eu, _____, estudante do curso de graduação em Medicina, RA _____ inscrito no C.P.F sob nº _____, regularmente matriculado no Curso de Graduação em Medicina da Faculdade São Leopoldo Mandic .

CONSIDERANDO a vigência da Lei 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais" ou "LGPD"), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural e

CONSIDERANDO que, nos termos da legislação supramencionada, os dados de saúde, incluindo-se, mas, não se limitando aos exames clínicos e de imagem, ficha de anamnese, prontuário, Termos de Consentimento e receituários, são considerados dados sensíveis e merecem especial atenção e cuidado.

Comprometo-me, na qualidade de aluno(a) da Instituição, responsável pelo atendimento de pacientes, a:

1. Guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de minhas funções;
2. **NÃO** divulgar nome, endereço ou qualquer outro elemento que identifique o paciente,
3. **NÃO** divulgar dados, imagem ou qualquer outro elemento que identifique a instituição e/ou unidade de saúde, pública ou privada, onde realizo atividades acadêmicas e/ou treinamento em serviço.
4. **NÃO** copiar, divulgar, compartilhar, reproduzir, transmitir e distribuir, principalmente nas redes sociais, - informações obtidas a partir da relação com os pacientes e com os serviços de saúde, ainda que haja a autorização do paciente.
5. **DELETAR**, inclusive da "Lixeira", todo e qualquer documento com dados pessoais de pacientes, incluindo, mas não limitado, resultado de exames laboratoriais e de imagem, e informações de prontuários após esgotada a finalidade de seu uso.
6. **NÃO ARMAZENAR** informações obtidas a partir da relação com os pacientes e com os serviços de saúde, seja em formato físico ou digital (nuvem, e-mail, "hd", drive, pendrive, etc), após esgotada a finalidade do uso destas informações.

Tenho ciência que o descumprimento do presente termo poderá acarretar responsabilização ética, administrativa, cível e, eventualmente, criminal, nos termos da legislação aplicável.

_____, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA



**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE QUANTO À
UTILIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS DOS PACIENTES
PARA FINALIDADE DIDÁTICO-CIENTÍFICA
RESIDÊNCIA/ESPECIALIZAÇÃO ÁREA MEDICINA**

6

Número de Registro _____

Eu, _____, médico inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina) sob nº _____, inscrito no C.P.F sob nº _____, regularmente matriculado no Curso de Residência Médica ou Especialização em Medicina _____ da Faculdade São Leopoldo Mandic – Unidade _____.

CONSIDERANDO a vigência da Lei 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais” ou “LGPD”), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural e

CONSIDERANDO que, nos termos da legislação supramencionada, os dados de saúde, incluindo-se, mas, não se limitando aos exames clínicos e de imagem, ficha de anamnese, prontuário, Termos de Consentimento e receituários, são considerados dados sensíveis e merecem especial atenção e cuidado.

Comprometo-me, na qualidade de aluno(a) da Instituição, responsável pelo atendimento de pacientes, a:

1. Guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de minhas funções;
2. **NÃO** divulgar nome, endereço ou qualquer outro elemento que identifique o paciente,
3. **NÃO** divulgar dados, imagem ou qualquer outro elemento que identifique a instituição e/ou unidade de saúde, pública ou privada, onde realizo atividades acadêmicas e/ou treinamento em serviço.
4. **NÃO** copiar, divulgar, compartilhar, reproduzir, transmitir e distribuir, principalmente nas redes sociais, - informações obtidas a partir da relação com os pacientes e com os serviços de saúde, ainda que haja a autorização do paciente.
5. **DELETAR**, inclusive da “Lixeira”, todo e qualquer documento com dados pessoais de pacientes, incluindo, mas não limitado, resultado de exames laboratoriais e de imagem, e informações de prontuários após esgotada a finalidade de seu uso.
6. **NÃO ARMAZENAR** informações obtidas a partir da relação com os pacientes e com os serviços de saúde, seja em formato físico ou digital (nuvem, e-mail, “hd”, drive, pendrive, etc), após esgotada a finalidade do uso destas informações.

Tenho ciência que o descumprimento do presente termo poderá acarretar responsabilização ética, administrativa, cível e, eventualmente, criminal, nos termos da legislação aplicável.

_____, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA



**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E
RESPONSABILIDADE DE ACESSO AOS
PRONTUÁRIOS (PROFESSOR)**

Este documento visa registrar a ciência do professor sobre a confidencialidade e responsabilidade pelo tratamento dos dados pessoais presentes nos prontuários de pacientes, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

CONSIDERANDO QUE (i) para regular exercício das atividades cotidianas dos professores é necessário o acesso à prontuários de pacientes, e consequentemente, acesso a informações relacionadas a pessoas naturais identificadas ou identificáveis (“Dados Pessoais”) e que estão sob custódia e responsabilidade da SLMandic; **(ii)** a SLMandic cumpre toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018) e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema; **(iii)** professor deverá manter o sigilo e confidencialidade em relação aos dados pessoais tratados, bem como devem obedecer estritamente as orientações da Empresa nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018); e **(iv)** os professores tem ciência e se comprometeram com o cumprimento dos termos da Política Corporativa de Proteção de Dados da Empresa.

Eu, _____, inscrito no CPF/MF sob o nº _____, residente à Rua _____,

_____, professor da unidade _____, que em função do meu cargo de professor, realizo o acesso à dados, imagens e prontuário clínico de pacientes da Empresa para o estrito cumprimento da finalidade realização e acompanhamento dos tratamentos, **DECLARO** estar ciente dos termos da política de proteção de dados pessoais da Empresa, relacionada neste documento, e assumo total responsabilidade por eventual descumprimento, por conta de ato ou omissão, das orientações que recebi acerca do correto tratamento dos dados pessoais constantes nos prontuários de pacientes, estando ciente dos meus direitos, obrigações e deveres para com esta empresa.

Ainda declaro que reconheço que todos os dados e informações que obtiver acesso constituem elementos confidenciais reservados, que não poderão ser revelados a terceiros sem o prévio consentimento por escrito da empresa, e estou ciente de que em eventual violação das obrigações assumidas no presente termo, serei responsabilizado por meus atos ou omissões, seja diretamente ou indiretamente.

_____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PROFESSOR



**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E
RESPONSABILIDADE DE ACESSO AOS
PRONTUÁRIOS (COLABORADOR)**

Este documento visa registrar a ciência do colaborador sobre a confidencialidade e responsabilidade pelo tratamento dos dados pessoais presentes nos prontuários de pacientes, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

CONSIDERANDO QUE (i) para regular exercício das atividades cotidianas dos colaboradores é necessário o acesso à prontuários de pacientes, e conseqüentemente, acesso a informações relacionadas a pessoas naturais identificadas ou identificáveis (“Dados Pessoais”) e que estão sob custódia e responsabilidade da SLMandic; **(ii)** a SLMandic cumpre toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018) e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema; **(iii)** o colaborador deverá manter o sigilo e confidencialidade em relação aos dados pessoais tratados, bem como devem obedecer estritamente as orientações da Empresa nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018); e **(iv)** os colaboradores tem ciência e se comprometeram com o cumprimento dos termos da Política Corporativa de Proteção de Dados da Empresa.

Eu, _____, inscrito no CPF/MF sob o nº _____, residente à Rua _____, colaborador da unidade _____, que em função do meu cargo de professor, realizo o acesso à dados, imagens e prontuário clínico de pacientes da Empresa para o estrito cumprimento da finalidade realização e acompanhamento dos tratamentos, **DECLARO** estar ciente dos termos da política de proteção de dados pessoais da Empresa, relacionada neste documento, e assumo total responsabilidade por eventual descumprimento, por conta de ato ou omissão, das orientações que recebi acerca do correto tratamento dos dados pessoais constantes nos prontuários de pacientes, estando ciente dos meus direitos, obrigações e deveres para com esta empresa.

Ainda declaro que reconheço que todos os dados e informações que obtiver acesso constituem elementos confidenciais reservados, que não poderão ser revelados a terceiros sem o prévio consentimento por escrito da empresa, e estou ciente de que em eventual violação das obrigações assumidas no presente termo, serei responsabilizado por meus atos ou omissões, seja diretamente ou indiretamente.

_____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO COLABORADOR



**SÃO
LEOPOLDO
MANDIC**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE QUANTO À UTILIZAÇÃO
DOS DADOS PESSOAIS DOS PACIENTES PARA FINALIDADE
DIDÁTICO-CIENTÍFICA (Alunos de Pós-Graduação)**

Número de Registro _____

Eu, _____, (profissão) com registro acadêmico (número do RA) nº _____, inscrito no C.P.F sob nº _____, regularmente matriculado no Curso de _____ da Faculdade São Leopoldo Mandic – Unidade _____.

CONSIDERANDO a vigência da Lei 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais” ou “LGPD”), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural e

CONSIDERANDO que, nos termos da legislação supramencionada, os dados de saúde, incluindo-se, mas, não se limitando aos exames clínicos e de imagem, ficha de anamnese, prontuário, Termos de Consentimento e receituários, são considerados dados sensíveis e merecem especial atenção e cuidado.

Comprometo-me, na qualidade de aluno(a) da Instituição, e profissional responsável pelo atendimento de pacientes na Clínica da Faculdade ou por realizar pesquisa científica de consulta a dados clínicos constantes nos prontuários dos pacientes, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a:

1. Guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de minhas funções;
2. **NÃO** divulgar nome, endereço ou qualquer outro elemento que identifique o paciente;
3. **NÃO** copiar, divulgar, compartilhar, reproduzir, transmitir e distribuir, com quem quer que seja e, principalmente nas redes sociais, qualquer dado pessoal e de saúde do Paciente, incluindo as imagens radiológicas, fornecidos a mim para fins de estudo e interpretação, ainda que haja a autorização do Paciente.
4. **DELETAR**, inclusive da “Lixeira”, todo e qualquer documento com dados pessoais de pacientes, incluindo, mas não limitado, imagens radiológicas, exames e informações de prontuários após esgotada a finalidade de seu uso.
5. **NÃO ARMAZENAR** nenhum dado pessoal de paciente, seja em formato físico ou digital (nuvem, e-mail, “hd”, drive, pendrive, etc), após esgotada a finalidade do uso destes dados pessoais.

Tenho ciência que o descumprimento do presente termo poderá acarretar responsabilização ética, administrativa, cível e, eventualmente, criminal, nos termos da legislação aplicável.

_____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA

Nome: _____