**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS PESSOAIS**

Conforme Lei 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD) para a adequada prestação dos serviços odontológicos contratados será necessário coletar os seus dados pessoais ou de seu dependente: nome, endereço, RG, CPF, telefone, e-mail, dados de saúde geral, tratamentos médicos anteriores e atuais, inquérito odontológico, hábitos e higiene bucal (descrever neste campo todos os tipos de dados que você captura durante a anamnese e preenchimento da ficha clínica dos seus pacientes).

Por meio do presente Termo, você, por si e/ou em representação de seu(s) dependente(s) menor(es) de 12 anos de idade, consente, de forma livre, informada e inequívocaque seja realizadoo tratamento de seus dados pessoais (incluindo dados sensíveis, como aqueles relacionados à sua saúde) para fins de gerenciamento dos atendimentos realizados no consultório, incluindo qualquer procedimento ou tratamento odontológico, em observância ao Código de Ética Odontológica, sendo que também dá plena ciência de  ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas, aceitando e autorizando a execução do tratamento odontológico proposto. (o tratamento deve estar descrito na ficha).

Seus dados não serão compartilhados com terceiros, salvo em virtude de lei e/ou ordem judicial para empresas/fornecedores que participam em alguma etapa do serviço prestado; além disso, estes serão mantidos sobre nossa guarda enquanto forem necessários para a execução do tratamento odontológico, de acordo com a legislação aplicável, ou até o momento em que receba um pedido de exclusão de dados, na forma da legislação aplicável.

xxxxxxxx (Nome do cliente)

xx de xxxxxx de 202x(Data)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Responsável** | **Dependente** | **RG** | **CPF** |
|  |  |  |  |