**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ARMAZENAMENTO E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**

Pelo presente instrumento, eu, ...., portador da Carteira de Identidade n° ......., inscrito no CPF sob o nº....., residente e domiciliado em ....., venho autorizar que **COOPANEST-SC – COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DE SANTA CATARINA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 07.960.581/0001-52, com sede na Rua Santos Dumont, 182, sala 905, bairro Centro, na cidade de Florianópolis, SC, CEP 88015-020, representada neste ato por seu administrador, Roberto Henrique Benedetti, portador da Carteira de Identidade n° 5776908, inscrito no CPF sob o nº 481.783.229.00, residente e domiciliado na avenida Rubens de Arruda Ramos, 1038, Centro, como cooperativa médica em que figuro como cooperado, possa dispor dos meus dados pessoais, nos termos dos art. 7º, I, da Lei nº 13.709/2018, estando apta a realizar o armazenamento e tratamento destes, para fins de faturamento e cobrança dos procedimentos e atos médicos realizados em conjunto à cooperativa, bem como para compartilhamento junto aos operadores de dados da cooperativa, quais sejam gestoras de faturamento médico e profissionais da tecnologia da informação.

E, por estarem acordados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com duas testemunhas.

Florianópolis, ...de ....de .....

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Representante da Cooperativa | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cooperado |
|  |  |