



***TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A UTILIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS DE CRIANÇAS
AUTORIZAÇÃO EM FAVOR DO TRATAMENTO DOS DADOS DO MENOR:**

_____, nacionalidade _____, portador(a) do CPF/MF nº _____, nascido(a) em ____/____/____, vinculado à Matrícula de Plano nº _____ neste ato representada por seu/sua () pai - () mãe - () responsável legal, _____, nacionalidade _____, e do CPF/MF nº _____, residente e domiciliado(a) na _____, nº _____, complemento _____, bairro _____, na cidade de _____, CEP _____

1. O pai, a mãe ou o responsável (daqui em diante chamado de *signatário*) que assina este termo autoriza, na forma do art. 14, § 1º, da Lei 13.709/18, o tratamento de dados pessoais da criança sob sua responsabilidade, nos exatos limites do aqui exposto.

1.1. O signatário reconhece que o tratamento ora autorizado é realizado no melhor interesse da criança, pois necessário para que lhe possam ser prestados os serviços e benefícios a que tem direito em razão de seu vínculo com a Fundação Copel.

1.2. A autorização é voluntária e pode ser revogada a qualquer momento, mediante solicitação para o e-mail fundacao@fcopel.org.br. Contudo, como os dados coletados são necessários para o cumprimento de obrigações contratuais e também de ordem legal impostas à FUNDAÇÃO COPEL pela Lei Complementar 108/2001 e pelo Decreto 4.942/2003, a ausência do consentimento específico exigido pela Lei Geral de Proteção de Dados impedirá a prestação de serviços e outorga de benefícios à criança beneficiária, assim consideradas as menores de 12 (doze) anos de idade.

2. A finalidade dos tratamentos dos dados pessoais da criança qualificada neste documento é possibilitar:

- o cadastro, a alteração de dados ou a exclusão do menor dos planos de previdência privada, pecúlio e/ou de saúde;
- o armazenamento dos dados pessoais e pessoais sensíveis relacionados ao menor;
- a elaboração e envio às patrocinadoras de relatórios contendo informações de saúde, previdência e/ou valores para desconto em folha;
- a apuração e cobrança dos valores devidos em razão do Plano de Saúde;
- a solicitação e a liberação da execução de consultas, exames, procedimentos, e internamentos, aplicação de vacinas, bem como para a solicitação e aquisição de Órteses, Próteses e Materiais Especiais em favor do menor;
- a solicitação e realização de perícias; o reembolso de despesas relativas a procedimento, consulta e/ou medicamentos;
- o recebimento e apuração de reclamações quanto aos serviços prestados pela rede credenciada;
- a solicitação e o recebimento dos benefícios (pensão/pecúlio) e reserva de poupança;
- o recálculo de pensão e simulação de benefícios previdenciários;
- a realização de atividades e relatórios relacionados à Eficiência dos Controles Internos, a fim de verificar a conformidade dos processos executados pelas áreas de negócio;
- a realização de pesquisas e análises atuariais;
- confirmar e evidenciar o cumprimento das obrigações legais e contratualmente assumidas;
- auxiliar os prestadores no processo de registro das faturas no sistema
- a verificação da quantificação e exatidão dos gastos efetivados em razão dos serviços prestados ao menor e que serão partilhados com o titular do plano;
- a identificação de programas de melhoria da saúde de interesse do menor;
- o envio de comunicação aos prestadores de serviços parceiros, dos quais a criança é usuária, à criança ou aos seus responsáveis;
- o envio de informações para a Superintendência Nacional de Previdência Complementar (PREVIC), no caso de titular de plano de previdência complementar;
- o envio de informações à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no caso de beneficiário do plano de saúde;
- a comunicação e compartilhamento de dados pessoais do menor, inclusive, dados pessoais sensíveis, para os fins previstos neste termo, nos casos em que o titular não seja, pai, mãe ou responsável legal do menor;
- a prestação de contas do uso dos dados pessoais à criança ou seus responsáveis.



3. O(a) signatário(a) deste termo autoriza a realização dos seguintes tratamentos de dados pessoais da criança qualificada:

Recepção: obtenção de dados pessoais de maneira passiva, quando as informações são enviadas pelo próprio titular ou pelos serviços parceiros;

Armazenamento: armazenamento, pelo prazo necessário ao atingimento das finalidades, dos dados pessoais coletados ou recebidos em arquivos físicos ou virtuais;

Acesso e utilização: visualização e utilização por colaboradores da Fundação Copel e/ou por seus parceiros, fornecedores e órgãos governamentais sempre que necessário à efetivação das finalidades acima expostas;

Classificação: distribuição dos dados pessoais de maneira a incluir o titular em grupos homogêneos, destacando sua idade, área de residência, padrões de atendimento, etc., para viabilizar as finalidades acima expostas.

4. **Na qualidade de pai, mãe ou responsável**, o(a) signatário(a) deste termo autoriza a realização dos tratamentos acima com relação aos seguintes dados pessoais:

- Nome
- CPF
- Nome da mãe e/ou do pai
- Endereço
- Telefone
- Nº de Registro
- Matrícula do participante
- Filiação
- Data de Nascimento
- Dados bancários, inclusive saldos de aplicações e valores a receber
- Doenças pré-existente
- Nº do Cartão Nacional de Saúde
- Declaração de nascido vivo
- Condições de Saúde
- Informações de agendamento, prescrição, aquisição e uso de consultas, exames, internamentos, medicamentos, próteses, órteses e vacinas
- Alergia a medicamentos.
- Medicamento de uso contínuo
- Prontuários médicos e, laudo de atendimentos na área da saúde, inclusive quanto aos resultados de exames realizados

5. **Ciente das informações acima, o pai, mãe ou responsável declara que forneceu tais dados quando da efetivação de seu cadastro junto à Fundação Copel..**

Nome:	Matrícula:
-------	------------

Local	Data:	Assinatura:
-------	-------	-------------

Uso Exclusivo da Fundação Copel

Recebido

Assinatura: