

ETIQUETA

Por este instrumento particular, o(a) paciente _____ ou seu(sua) responsável, Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, estar ciente e de acordo com as seguintes condições:

1. O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei nº 8.080/1990, regulamenta as ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde, organizando o funcionamento da rede pública e conveniada em todo o território nacional.

A legislação citada complementa o disposto no art. 196 da Constituição Federal de 1988, o qual estabelece que: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”*

Em razão desse marco constitucional e legal, o SUS configura-se como a política pública estatal responsável por assegurar à população atendimento universal, igualitário e gratuito, independentemente de condição social, econômica, cultural ou de procedência.

2. Tendo esse conhecimento, DECLARO, para todos os fins legais, que:

- Tenho pleno conhecimento de que o atendimento prestado ao paciente acima identificado, nesta instituição hospitalar, é realizado integralmente pelo SUS, portanto, de forma totalmente gratuita.
- Reconheço que nenhum valor deve ser solicitado, oferecido ou recebido, seja a título de consulta, procedimento, intervenção médica, enfermagem, favorecimento, prioridade ou qualquer outro serviço relacionado ao atendimento realizado pelo SUS.
- Afirmando não ter efetuado, prometido ou repassado qualquer quantia a profissionais, servidores, colaboradores ou intermediários, em relação ao atendimento ora prestado.
- Comprometo-me, ainda, a não efetuar qualquer tipo de pagamento futuro, mantendo ciência de que tal prática configura violação às normas do SUS e pode caracterizar ilícitos administrativos, civis e/ou penais.
- Recebi todas as explicações necessárias sobre a natureza pública e gratuita do atendimento realizado nesta instituição conveniada ao SUS, estando plenamente esclarecido(a).

3. DA AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Autorizo o HOSPITAL a utilizar meus dados pessoais (nome, e-mail e telefone) exclusivamente para o envio de pesquisas de satisfação referentes ao atendimento recebido, por meio de ferramentas automatizadas, incluindo o envio via chatbot no WhatsApp, após a minha alta hospitalar.

Estou ciente de que a concessão desta autorização é facultativa, não constituindo condição para meu atendimento, e que a eventual recusa ou revogação não acarretará qualquer prejuízo na relação com o HOSPITAL.

Reconheço meu direito de revogar esta autorização a qualquer momento, sem necessidade de justificativa, mediante solicitação ao e-mail: sac@hci.org.br.

4. DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS (LGPD)

Declaro estar ciente de que o tratamento dos meus dados pessoais pelo HOSPITAL observará as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD (Lei nº 13.709/2018), sendo realizado com base nos princípios da necessidade, finalidade, adequação, segurança e transparência.

Estou informado(a) de que meus dados serão armazenados e tratados de forma segura, com acesso restrito a profissionais autorizados e exclusivamente para finalidades relacionadas à assistência, gestão e melhoria dos serviços de saúde.

Tenho conhecimento de que posso exercer, a qualquer momento, os direitos previstos na LGPD, incluindo confirmação de tratamento, acesso, correção, anonimização, portabilidade, revogação de consentimento e demais prerrogativas legais, por meio do canal oficial do encarregado de dados: encarregado.lgpd@hci.org.br.

5. DO USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO ÂMBITO DO SERVIÇO PRESTADO

Estou ciente de que o HOSPITAL utiliza tecnologias de Inteligência Artificial (IA) nos processos assistenciais, administrativos e de suporte, exclusivamente para fins relacionados ao atendimento, diagnóstico complementar, análise de informações, melhoria da experiência do paciente e otimização dos fluxos internos.

Declaro estar ciente de que os sistemas de IA utilizados pelo HOSPITAL não substituem a avaliação técnica de profissionais de saúde, atuando apenas como ferramentas de apoio, e que qualquer decisão clínica permanece sob responsabilidade da equipe assistencial.

Reconheço que o uso de IA poderá envolver o tratamento de meus dados pessoais, sensíveis ou não, sempre de acordo com a LGPD, com a adoção de medidas de segurança, controle de acesso, anonimização quando aplicável e respeito às finalidades informadas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo para que produza seus efeitos legais.

Ijuí, _____ de _____ de _____.

Paciente

Responsável do Paciente