

DADOS DO PACIENTE e/ou DADOS DO CUIDADOR E/OU RESPONSÁVEL LEGAL (se aplicável*)

Nome completo Paciente e/ou representante legal:		
Data de nascimento paciente e/ou representante legal:	Sexo: () F () M () Outros/Não quero declarar	
CPF/MF do Paciente:	Telefone para contato paciente e/ou representante legal: ()	
Email:		
Endereço completo paciente e/ou representante legal: (Rua, nº, bairro, CEP, Cidade, Estado)		
Nome do médico responsável:		
CRM/UF do médico responsável:		
Nome do estabelecimento de saúde:		

1. TERMO DE INFORMAÇÃO E ADESÃO PROGRAMA BEM ESTAR
Consentimento do PACIENTE (para participação no Programa é obrigatório assinalar as 2 opções abaixo):

- Confirmando que li, compreendi e estou de acordo com este Termo. Sendo assim, quero prosseguir com a finalização do meu cadastro no **Programa Bem Estar da Novartis**.
- Concordo com a utilização e tratamento dos meus dados pessoais, incluindo **DADOS DE SAÚDE** estritamente necessários para concretizar a minha participação no **Programa Bem Estar da Novartis**, de acordo com as disposições deste Termo.

2. TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO -Resolução CFM nº 2074/2014
Consentimento do PACIENTE (para autorizar o transporte da amostra pelo Programa é obrigatório consentir com o item abaixo):

- Declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, para o laboratório de patologia ligado ao Programa Bem Estar, contratualmente vinculado ao estabelecimento (nome do Laboratório de Patologia de Destino): _____
- Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 2074/2014.
- Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia preenchido acima.
- Fui esclarecido(a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.

3. Consentimento do CUIDADOR E/OU REPRESENTANTE LEGAL (se aplicável* - obrigatório assinalar as 3 opções abaixo para participação no Programa):

- Confirmando que li, compreendi e estou de acordo com este Termo. Sendo assim, quero prosseguir com a finalização do cadastro do paciente sob minha responsabilidade no **Programa Bem Estar da Novartis**.
- Concordo com a utilização e tratamento dos meus dados pessoais, incluindo **DADOS DE SAÚDE** estritamente necessários para concretizar a minha participação no **Programa Bem Estar da Novartis**, de acordo com as disposições deste Termo.
- Estou autorizado a permitir o uso dos dados pessoais deste Paciente, incluindo **DADOS DE SAÚDE**, para participar do **Programa Bem Estar da Novartis** e ter acesso aos serviços, de acordo com o Aviso de Privacidade do Programa Bem Estar.

_____, _____ de _____ 20____.
(cidade)

(Assinatura da testemunha e responsável pela aplicação do Termo)

-
- Estou consentindo com todos os tópicos acima

(Assinatura do paciente/responsável)

-
- Estou consentindo com todos os tópicos acima

Testemunha e responsável pela aplicação do Termo
Nome: _____

Nº de identidade: _____

Mediante minha assinatura nesse documento, confirmo que uma cópia idêntica e completa será digitalizada e anexada ao sistema do Programa Bem Estar. A via original ficará em posse do paciente.



Antes de assinar o termo, acesse o **Regulamento do Programa Bem Estar e o Aviso de Privacidade** mirando a câmera do celular na imagem acima. Versão se mantém atualizada através do site www.bemestar.novartis.com.br

Ou ligue no telefone 0800 776 6300 para ouvi-lo

Este Termo de Informação e adesão (“**Termo**”) traz informações importantes sobre quais dados pessoais são coletados, o porquê e como são tratados no **Programa Bem Estar** (“**Programa**”), criado e gerenciado pela Novartis Biociências S.A., sociedade anônima, com sede na Avenida Professor Vicente Rao, 90, Brooklin Paulista, na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 56.994.502-0001-30 (“**Novartis**”) e operacionalizado pelo vendedor de PSP contratado, sendo a Profarma Specialty.

Por favor, leia atentamente este documento e, antes de assiná-lo, discuta e esclareça suas dúvidas com o(a) **médico(a)** que recomendou/solicitou os serviços do Programa. A decisão de participar ou não do Programa é exclusivamente sua. Se decidir positivamente, este documento deve ser completamente preenchido e assinado por você e/ou por seu representante legal (nos casos previstos em lei). **Se não concordar com este Termo e com o Regulamento do Programa (anexo e também disponível em www.bemestar.novartis.com.br), você não poderá participar do Programa. De todo o modo, sua recusa não afetará a possibilidade de ter acesso aos serviços e medicamentos fora do Programa.**

1) O que você precisa saber sobre o Programa Bem Estar

O Programa Bem Estar possui como objetivo apoiar pacientes durante a sua jornada de saúde, bem como auxiliar cuidadores e médicos, por meio de contatos, serviços e informações relacionadas a doenças, saúde, tratamentos e qualidade de vida, em diversas áreas terapêuticas (doenças raras, oncologia, hematologia, neurologias, imunologia e dermatologia). Os serviços são oferecidos em diversas etapas da jornada, com benefícios gratuitos e exclusivos.

- **Na fase de Pré-diagnóstico:** Fornecimento de informações de qualidade para o público em geral, sobre doenças e possíveis tratamentos;
- **Na fase de Diagnóstico:** Auxílio na realização de exames para fechamento do diagnóstico;
- **Na fase de Acesso:** Apoio no acesso aos medicamentos através do esclarecimento de dúvidas e indicação de locais de aplicação (clínicas e hospitais). Em alguns casos específicos cujo os critérios de elegibilidade estão descritos no Regulamento do Programa, o paciente poderá receber o início do tratamento, durante um período até que consiga o acesso definitivo;
- **Na fase de Adesão:** Acompanhamento do paciente, de forma individual e única, durante o tratamento com envio de materiais de apoio e informações necessárias para a manutenção do tratamento. Em alguns casos específicos cujo os critérios de elegibilidade estão descritos no Regulamento do programa, o paciente poderá ter suporte de uma equipe multidisciplinar (nutricionistas, psicólogos) e receber visita de enfermeiras.

Sua participação no Programa Bem Estar está sujeita aos termos deste documento, bem como ao Regulamento.

2) Por que a Novartis precisa coletar dados pessoais no Programa Bem Estar e como são utilizados

Os dados pessoais abaixo podem ser fornecidos diretamente pelo Paciente, pelo seu Cuidador ou por meio do seu médico responsável, nos termos da legislação aplicável. Note que todos esses dados são necessários para operacionalização e manutenção do Programa, no entanto, alguns deles apenas serão coletados de acordo com o avanço da jornada do Paciente conforme previsto no Regulamento do Programa Bem Estar.

PACIENTE

Dados cadastrais e de identificação: nome completo, sexo, CPF, data de nascimento, pelo menos um número de telefone para contato com DDD e endereço completo.

Dados de saúde: prescrição médica, diagnóstico, nome e CRM/UF do médico responsável, nome do medicamento, terapia concomitante, terapia anterior, detalhes sobre plano de saúde, local de acesso ao medicamento, última data de consulta e retirada de medicamentos, data de aplicação do medicamento, características físicas (exemplo, peso, altura e etnia), resultados de exames e respostas de questionários sobre acompanhamento de saúde.

Dados complementares de contato: e-mail, número de contato telefônico adicional (exemplo, residencial) e número de telefone celular para comunicações por mensagem digital (exemplo, SMS, MMS, WhatsApp).

CUIDADOR E/OU REPRESENTANTE LEGAL

Os dados pessoais abaixo serão fornecidos diretamente pelo Cuidador, enquanto responsável por determinado Paciente.

Dados cadastrais e de identificação: nome completo, parentesco/responsabilidade legal (nos termos da legislação aplicável), pelo menos um número de telefone para contato com DDD e endereço completo.

Dados complementares de contato: e-mail, número de contato telefônico (exemplo: residencial) e número de telefone celular para comunicações por mensagem digital (exemplo: SMS, MMS, WhatsApp).

3) **Para quais finalidades os dados pessoais serão utilizados**

Os dados pessoais coletados serão utilizados pela Novartis para cumprir as finalidades abaixo, com base no seu consentimento ou em cumprimento de obrigação legal ou regulatória:

- Permitir a participação de Pacientes, Cuidadores e Médicos no Programa, para que tenham acesso aos serviços disponibilizados, de acordo com o seu perfil, elegibilidade e conforme Regulamento do Programa, que podem incluir:
 - Apoio aos Participantes do Programa por meio de comunicação via contato telefônico, correspondências ou canais digitais, disponibilização de serviços e informações relacionadas a doenças, saúde, tratamentos, qualidade de vida e medicamentos conforme prescrição, desde que sejam medicamentos integrantes do Programa;
 - Convites para responder pesquisas relacionadas à manutenção e gestão do Programa, para aprimoramento dos serviços e produtos disponibilizados;

- Disponibilização de consultas e exames necessários para apoiar Médicos e Pacientes na obtenção de diagnósticos, acesso e/ou manutenção do tratamento de determinada doença;
- Indicação de médicos especialistas, laboratórios, hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de saúde adequados para tratar Pacientes;
- Auxílio a Pacientes na obtenção de acesso ao medicamento, por meio de serviços de orientação administrativa para triagem de documentos, orientações e informações sobre a aquisição do medicamento prescrito.
- Envio de medicamentos para início de tratamento, suporte e apoio à conduta terapêutica, aplicação e administração dos medicamentos;
- Visitas presenciais ou à distância de profissionais especializados em oferecer suporte relacionado aos serviços essenciais do Programa.
- Aplicar questionários destinados à avaliação e controle da atividade da doença, triagem para possíveis comorbidades e avaliação de qualidade de vida, com o objetivo de auxiliar médicos no acompanhamento e gestão do estado de saúde de seus Pacientes;
- Utilizar dados pessoais necessários de Pacientes para representá-los perante Operadoras de plano de saúde a fim de obter informações e realizar atos necessários para auxiliar pacientes a ter acesso ao medicamento prescrito.
- Gerenciar eventos adversos e reclamações técnicas para fins de cumprimento de obrigações legais ou regulatórias da Novartis. Para mais informações, acesse o Aviso de Privacidade de Farmacovigilância da Novartis disponível em: <https://www.novartis.com.br/politica-de-privacidade-e-de-cookies>.

Por favor, note que a Novartis também poderá utilizar todas as informações coletadas no âmbito do Programa Bem Estar, de forma que não identifiquem os pacientes direta ou indiretamente, para fins de avaliações estatísticas da efetividade do Programa que permitam o desenvolvimento adicional dos seus produtos e serviços relacionados a doenças atendidas pelo Programa, incluindo estratégias de marketing e relacionamento com profissionais de saúde. Os possíveis resultados dessas avaliações, que não conterão nenhuma informação que possa identificar os pacientes, ou seja, de maneira anonimizada, poderão ser compartilhados com outras empresas ou prestadores de serviços do Grupo Novartis.

4) **Quem terá acesso aos dados pessoais coletados no âmbito Programa Bem Estar**

Poderemos compartilhar os seus dados pessoais com as seguintes empresas, que são nossas Operadoras e/ou Parceiras do Programa, a fim de concretizar todos os serviços oferecidos pelo Programa. Todas estas empresas estão contratualmente obrigadas a proteger os seus dados pessoais.

- (fornecedor). e seus subcontratados pertinentes – responsáveis pela operacionalização de todos os serviços do Programa.
- Operadores Logísticos – responsáveis pelo gerenciamento logístico dos medicamentos e transporte de amostra para realização de exames do Programa.
- Laboratórios, Clínicas e Hospitais parceiros do Programa – responsáveis pela realização de exames e aplicação de medicamentos, no exercício regular de suas atividades.
- Médicos(as) - responsáveis pelo acompanhamento da saúde de seus respectivos Pacientes, no exercício regular da medicina.

Você tem o direito de pedir informações à Novartis sobre os agentes de tratamento dos seus dados pessoais no âmbito do Programa, por meio da Central de Atendimento - 0800 020 7758 (divisão Farma) e 0800 776 6300 (divisão Oncologia).

5) **Como os dados pessoais coletados no âmbito do Programa Bem Estar serão protegidos**

A Novartis coloca em prática medidas técnicas e administrativas apropriadas para proteger os seus dados pessoais, com um nível adequado de segurança e confidencialidade. O objetivo das medidas é o de proteger os seus dados de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação e difusão, bem como contra qualquer outra forma de tratamento ilícito e/ou em desacordo com o presente Termo.

6) **Período de conservação dos dados pessoais coletados no âmbito do Programa Bem Estar**

A Novartis conservará os dados pessoais coletados durante a sua permanência no Programa Bem Estar para cumprir as finalidades para os quais foram coletados, de acordo com este Termo. Após o término da sua participação no Programa, a Novartis conservará os respectivos dados pessoais coletados por um período de até 5 anos para finalidade exclusiva de exercer seus direitos em eventual processo judicial, administrativo ou arbitral. Adicionalmente, a Novartis poderá conservar os dados pessoais pelo período necessário para cumprir obrigações legais ou regulatórias. Decorridos todos os prazos aplicáveis, os dados pessoais serão eliminados e devidamente anonimizados pela Novartis, de acordo com a legislação aplicável.

7) **Quais são os seus direitos de proteção de dados pessoais e como posso exercê-los** Você pode exercer os direitos abaixo identificados sob as condições e dentro dos limites estabelecidos por lei:

- O direito de acesso aos seus dados pessoais tratados por nós e, se entender que qualquer informação esteja inexata, desatualizada ou incompleta, poderá requerer a respectiva correção ou atualização;
- O direito de requerer a eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento, nos termos legalmente admissíveis;
- O direito de revogar o consentimento, em qualquer momento, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado;
- O direito de se opor, total ou parcialmente, ao tratamento dos dados pessoais, nos termos da legislação vigente;
- O direito de pedir a portabilidade dos dados pessoais que nos forneceu para outro Fornecedor de serviços ou produtos, em formato estruturado, de uso corrente e de leitura automática, sem impedimento nosso e sujeito às suas obrigações de confidencialidade;
- O direito de anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a Lei aplicável;
- O direito de informação das entidades públicas e privadas com as quais a Novartis, controladora, realizou uso compartilhado de dados.

Se tiver alguma questão ou se quiser exercer os seus direitos acima indicados, pode nos enviar um e-mail para privacidade.brasil@novartis.com, indicando seu nome completo, bem como “Programa Bem Estar” no assunto. Esta informação servirá para identificá-lo(a) e, sem prejuízo, poderemos solicitar informações adicionais para confirmar a sua identidade.

ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO – PACIENTE (Programa Bem Estar - NOVARTIS)

Ao LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BACCHI LTDA

Data: _____

NOME	
CPF	
ENDEREÇO	

Autorizo o LABORATÓRIO BACCHI a:

- a) compartilhar meus dados pessoais, inclusive dados sensíveis, com Novartis Biociências S.A., a fim de que possa participar do Programa, conforme anexo; e
- b) devolver o material submetido a exame por intermédio e sob a responsabilidade da transportadora indicada pela Novartis Biociências S.A., quando assim for o envio inicial.

Estou ciente de que:

- a) caso necessário, haverá o esgotamento do material biológico na tentativa de realização do exame previsto no Programa; e
- b) o LABORATÓRIO BACCHI poderá armazenar os laudos dos exames que realizar pelo prazo legal.

Atenciosamente,
