

DADOS DO PACIENTE e/ou DADOS DO CUIDADOR E/OU RESPONSÁVEL LEGAL (se aplicável*) Nº do Voucher:

Nome completo Paciente e/ou representante legal:	Sexo: () F () M () Outros/Não quero declarar
Data de nascimento paciente e/ou representante legal:	Telefone para contato paciente e/ou representante legal: ()
CPF/MF do Paciente:	Exame solicitado: BRAF () Melanoma () Outros Tumores
Email:	Câncer de Mama: () PIK3CA
Endereço completo paciente e/ou representante legal: (Rua, nº, bairro, CEP, Cidade, Estado)	MSA: () Triptase sérica Mielofibrose: () Biópsia de Medula Óssea () JAK2 () CAL-R () MPL () Revisão de Lâmina
Nome do médico responsável:	Tipo de Exame: () PCR () NGS - Sequenciamento de Nova Geração () Idylla (somente BRAF) () N/A
CRM/UF do médico responsável:	Tipo de Amostra Biológica: () Sangue periférico () Bloco de Parafina
Nome do estabelecimento de saúde:	() Medula Óssea () Lâminas

Estadio da Doença (Campo não obrigatório):

() IA () IB () IIA () IIB () IIC () IIIA () IIIC () IV () Ainda não determinado

() IV Metastático () Irressecável

A amostra do paciente poderá ser redirecionada a outro laboratório em casos de emergência para garantir a estabilidade da amostra, como falta de reagentes, impossibilidade logística, entre outros, assim como alterações quanto à técnica solicitada. Quaisquer redirecionamentos e/ou alterações serão comunicados aos médicos responsáveis pela solicitação para consentimento e tratativa da situação apresentada.

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: 1. Fui informado(a) e autorizo que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será retirada, por indicação do médico assistente, no endereço indicado na plataforma da Novartis (sendo este endereço: a clínica do meu médico oncologista solicitante do exame, minha residência ou o laboratório de origem da amostra) pelo Programa Bem Estar e entregue ao laboratório de patologia, contratualmente vinculado ao programa (nome do Laboratório de Patologia de Destino): _____ 2. Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico desde a retirada no endereço indicado até a sua entrada no laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 2074/2014.

3. Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia preenchido acima.

4. 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.

(cidade) _____ de _____ 20_____

(Assinatura da testemunha e responsável pela aplicação do Termo)

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.

(Assinatura do paciente/responsável)



Antes de assinar o termo, acesse o Regulamento do Programa Bem Estar e o Aviso de Privacidade mirando a câmera do celular na imagem ao lado. Versão se mantém atualizada através do site www.bemestar.novartis.com.br Ou ligue no telefone 0800 776 6300 para ouvi-lo

Material parte do Programa de Pacientes destinado exclusivamente a profissionais de saúde habilitados a prescrever e/ou dispensar medicamentos. A Novartis poderá, a seu exclusivo critério, a qualquer tempo, interromper o Programa de Pacientes mediante comunicação prévia aos participantes cadastrados.

*Se aplicável / representante legal: é aquele que por lei ou declaração judicial está autorizado a contrair direitos e obrigações em nome de um terceiro. De acordo com o Código Civil, Art. 1.690, compete aos pais, e, na falta de um deles, ao outro, com exclusividade, representar os filhos menores de 16 anos, bem como assisti-los até a maioridade (com o falecimento dos pais, ou se eles forem julgados ausentes, ou em caso de os pais decaírem do poder familiar, competirá ao tutor legal representar o menor até os 16 anos e assisti-lo após essa idade - Código Civil, Art. 1.747). Desta forma, no caso de um paciente menor de 16 anos, apenas o representante deverá assinar este Termo ("representação"). Já, caso o paciente seja maior de 16 e menor de 18, tanto o representante legal quanto o paciente deverão assinar este Termo de Informação e Adesão ("assistência"). Pacientes com mais de 18 anos, mas que não possam, por causa transitória ou permanente, manifestar sua vontade, de acordo com o Código Civil (Art. 1.767, I), devem ser representados por seu curador. Esta página de assinatura e consentimento é parte integrante e indissociável do Termo de Informação e Adesão do Programa Bem Estar da Novartis Biociências S.A.

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.

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 medicamentosos 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 Educação em saúde: 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: Orientação sobre o acesso aos medicamentos através do esclarecimento de dúvidas. Em alguns casos específicos cujo critério 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 critério de elegibilidade estão descritos no Regulamento do programa, o paciente poderá ter suporte de uma equipe multidisciplinar que conta com nutricionistas e receber visita de enfermeiras, para o programa de mama é incluído o suporte psicológico e de fisioterapia.

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 com informações para 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. Humania Saude, E-Pharma PBM do Brasil S.A e BC gestão de negócios em saúde S.A 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 - 0800020 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 alicitude 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.