

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

1. INTRODUÇÃO

Bem-vindo à Ciel Saúde, estamos comprometidos com a privacidade e a proteção dos seus dados pessoais.

As atividades da Ciel Saúde consistem na prestação de serviços de saúde e, neste sentido, demandam um fluxo de dados pessoais sensíveis a respeito de sua saúde. A coleta e manutenção desses dados são necessárias não apenas para prestar os nossos serviços, mas também para cumprirmos legislações e regulamentos do setor da saúde.

Nos itens a seguir explicaremos como esses seus dados são tratados pela Ciel Saúde, desde a sua coleta até a exclusão (quando aplicável).

Esse documento é complementar e parte indissociável, quando aplicável, aos eventuais contratos, termos ou outros documentos que você tenha ou venha a firmar com a Ciel Saúde. Caso você tenha alguma dúvida sobre essa Política de Privacidade, entre em contato conosco antes de realizar a sua inscrição em nosso site ou app.

Ao realizar a sua inscrição e clicar em “Li e concordo com a Política de Privacidade da Ciel Saúde”, você está concordando de forma, LIVRE, EXPRESSA e INFORMADA para o uso de suas informações conforme descrito nessa Política de Privacidade.

2. Quais Dados São Coletados Coletamos os seguintes tipos de dados pessoais:

- **Dados de Cadastro:** Nome, CPF, endereço, e-mail, telefone.
- **Dados de Saúde:** Histórico médico, prescrições, sintomas relatados.
- **Dados de Uso:** Informações sobre a utilização da plataforma, como registros de consultas.
- **Dados de Pagamento:** Informações financeiras para processamento de pagamentos, quando aplicável.

3. Como os Dados São Utilizados Utilizamos os dados pessoais para:

- Permitir o agendamento e realização de consultas.
- Armazenar históricos médicos de forma segura.
- Melhorar a experiência do usuário na plataforma.
- Cumprir obrigações legais e regulatórias.

4. Medidas de Segurança para Proteção dos Dados

- Utilizamos criptografia para transmissão de dados.
- Implementamos controle de acesso restrito aos dados.

- Realizamos auditorias regulares para garantir conformidade com normas de segurança.

5. Direitos do Usuário O usuário pode exercer seus direitos de:

- **Acesso:** Solicitar informações sobre os dados armazenados.
- **Retificação:** Corrigir dados incorretos.
- **Portabilidade:** Solicitar a transferência dos dados.
- **Limitação e Oposição:** Restringir ou contestar o uso dos dados.
- **Eliminação:** Solicitar a exclusão dos dados, salvo quando necessários para cumprimento legal.

6. Revogação de Consentimento O usuário pode, a qualquer momento, revogar seu consentimento para o tratamento de dados pessoais entrando em contato pelos canais disponibilizados na plataforma.

7. Opt-Out e Descadastro Caso o usuário deseje interromper o uso da plataforma e excluir seus dados, disponibilizamos a opção de descadastro, garantindo que seus dados sejam removidos conforme as normas vigentes.

8. Atualização desta Política Podemos atualizar esta política periodicamente. Recomendamos a revisão regular para se manter informado sobre as mudanças.

TERMO DE CONSENTIMENTO TELECONSULTA

Pedimos que leia atentamente esse termo, pois compreende-se como aceito após a confirmação de pagamento e reserva do atendimento. Caso tenha qualquer dúvida, aproveite para tirar por meio dos nossos canais de atendimento ou com o profissional, logo no início do seu atendimento.

- Declaro que desejo participar de uma consulta de telemedicina (online), autorizando a transmissão das imagens e dados;
- Declaro que estou ciente que a minha consulta ocorrerá através do uso da tecnologia de Teleconsulta disponibilizado pela cielsaude.com.br, que por sua natureza se diferencia de visita direta ao paciente/profissional de saúde, devido ao fato de não estar no mesmo ambiente presencial que o profissional de saúde;
- Declaro que farei meu acesso em local tranquilo e com baixo ruído, através de dispositivo que contenha câmera e microfone funcionando, com acesso à internet com boa velocidade, e que em caso de não comparecimento não caberá pedido de reembolso da taxa de agendamento;
- Compreendo que devido a forma da consulta podem ocorrer eventuais interrupções e dificuldades técnicas por ambas as partes. No entanto, se causadas pela falha na minha conexão ou meus equipamentos (paciente), entendo que não caberá pedido de reembolso da taxa de agendamento;
- Estou ciente que tenho autonomia para Remarcar ou Cancelar meu atendimento a qualquer momento, e, portanto, terei as regras:
 1. ao optar pela remarcação, terei de escolher outra data e horário disponíveis nas

agendas dos profissionais de saúde na mesma área de atuação;

2. ao optar pelo cancelamento do atendimento com antecedência de até 4 horas do agendamento, receberei estorno de 100% da taxa de agendamento;

3. ao optar pelo cancelamento do atendimento com antecedência inferior à 4 horas do horário previsto para meu atendimento, haverá retenção de 10% da taxa de agendamento;

4. para consultas compradas na mesma data do atendimento, com tempo inferior à 4 horas de antecedência da consulta, haverá carência de 1 hora para arrependimento com devolução de 100% da taxa de agendamento, caso este prazo ultrapasse 1 hora, será seguida a regra (3).

- Estou ciente que qualquer um dos envolvidos na Teleconsulta pode optar por interromper a consulta de telemedicina se verificado que as conexões de videoconferência do atendimento não são adequadas para a situação.
- Estou ciente que caso o profissional escolhido por mim, compreenda que meu atendimento deverá ocorrer na modalidade presencial ou através de outra área de atuação, serei devidamente orientado sobre o assunto durante a Teleconsulta, que será considerada como serviço efetivamente prestado não havendo que se falar em qualquer reembolso.;
- Compreendo que todos os que estiverem presentes (equipe de apoio) durante a consulta apresentam a obrigação de manter a confidencialidade das informações obtidas. Estou ciente que serei informado sobre a presença de qualquer pessoa além do profissional de saúde, e, portanto, terei o direito de:
 - (i) solicitar que sejam omitidos detalhes específicos do meu histórico médico/exame físico que sejam pessoalmente sensíveis a mim;
 - (ii) solicitar que a equipe de apoio saia da sala da Teleconsulta, ou
 - (iii) encerrar a consulta a qualquer momento.
- Estou ciente que durante o atendimento conversarei diretamente com o profissional contratado, e terei a oportunidade de esclarecer dúvidas sobre todos os procedimentos, benefícios, alternativas práticas de tratamento e demais assuntos relacionados a consulta em idioma que entendo;
- Compreendo que os atendimentos em telemedicina oferecidos pela Ciel Saúde estão enquadrados na modalidade de atendimentos eletivos. Dessa forma, em caso de urgências, emergências, estou ciente que devo procurar atendimento presencial em unidade de saúde ou hospitalar;
- Estou ciente que ao realizar um agendamento no site cielsaude.com.br, por aplicativo, computador, por telefone ou presencial, estou informando dados que incluem, mas não se limitam ao nome, endereço, CPF (ou outro número de documento), gênero, data de nascimento, celular e e-mail. Neste momento declaro concordância com os termos de uso e política de dados disponível no <https://cielsaude.com.br/politica-de-privacidade/>, que encontra-se de acordo com a Legislação pátria, Lei nº 12.965/14 (Marco Civil da Internet), Lei nº 13.709/2018 (Lei de Proteção de Dados) e Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação).

Declaro que li e compreendi o presente Termo de Consentimento relacionado aos atendimentos de Telemedicina Ciel Saúde.