

Termo de Consentimento

O Programa Por Você tem como objetivo apoiar pacientes durante a sua jornada de saúde, por meio de contatos, serviços e informações relacionadas a doenças, saúde, tratamentos e qualidade de vida. Para cadastrar o(a) paciente, você deverá fornecer Dados Pessoais, como nome completo, sexo, CPF, data de nascimento, inclusive DADOS DE SAÚDE relacionados a utilização do medicamento Vegapali® durante participação no Programa.

Os dados pessoais coletados pela ADIUM serão utilizados para concretizar a sua participação, bem como a do(a) paciente sob sua responsabilidade (em casos de pacientes menores de 18 anos) no Programa Por Você e, permitir que vocês tenham acesso aos serviços disponibilizados, bem como para cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, como por exemplo, reportar relato de evento adverso à autoridade competente de farmacovigilância.

Para prover os serviços oferecidos pelo Programa Por Você, os dados pessoais coletados poderão ser compartilhados com empresas parceiras da ADIUM, contratualmente obrigadas a cumprir a legislação aplicável e proteger seus dados pessoais. Todos os dados pessoais coletados pela ADIUM serão protegidos por meio de medidas técnicas e administrativas apropriadas.

Se não concordar em fornecer os dados pessoais necessários, você ou o paciente sob sua responsabilidade não conseguirão participar do programa Por Você.

Se você aceitar participar do Programa Por Você, é importante saber que terá o direito de revogar o seu consentimento a qualquer momento.

- Enquanto representante legal/cuidador ou paciente, o(a) Sr.(a) concorda com o uso dos seus dados pessoais para receber contatos do Programa Por Você?

- O(A) Sr.(a) confirma que está autorizado a permitir o uso dos dados pessoais deste(a) Paciente, incluindo DADOS DE SAÚDE, para participar do programa Por Você e ter acesso aos serviços, conforme explicamos?

Em caso de resposta negativa: Considerando a não autorização para o compartilhamento de dados pessoais, não será possível dar continuidade ao cadastro no programa. Dessa forma, o(a) Sr.(a) ou o paciente sob sua responsabilidade não poderão participar do programa. Agradecemos a sua atenção e permanecemos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Em caso de resposta positiva: Ficamos satisfeitos em confirmar que o(a) Sr.(a) concorda com a sua participação, sendo possível dar continuidade ao cadastro no programa.