

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## TESTE GENÉTICO

MÉDICO CLÍNICO

CRM (UF)

PATOLOGIA DE BASE COM CID

ASSINATURA

Por meio do presente Termo de Consentimento eu DECLARO que, nesta data, recebi o devido aconselhamento genético do meu médico, acima indicado, onde fui informado sobre questões associadas à ocorrência ou risco de ocorrência, em mim e/ou em meus familiares, de Amiloidose por transtirretina, uma doença hereditária e/ou genética, bem como sobre as características da doença, probabilidades ou risco de desenvolvê-la ou transmiti-la, opções para prevenção ou tratamento. Fui informado também como a realização de um teste genético pode auxiliar um possível diagnóstico de amiloidose por transtirretina.

DECLARO que fui informado pelo meu médico que existem diferentes laboratórios de análises clínicas com tecnologia necessária à realização de testes genéticos e que, caso eu opte por realizar o teste, estou totalmente livre para decidir em qual laboratório irei realizar.

Fui informado também sobre a possibilidade de optar por realizar o teste genético através do Programa Cuidar Mais da Pfizer Brasil Ltda., inscrita no CNPJ/ME sob o nº. 46.070.868/0019-98, com sede na Rua Alexandre Dumas, 1860, CEP 04717-904, São Paulo – SP, Brasil.

No caso do Programa Cuidar Mais, fui informado que:

- A coleta de amostra do meu material biológico, necessária à realização do teste genético, será realizada no consultório do meu médico, por meio das seguintes técnicas, a critério exclusivo do médico, SWAB (fricção de cotonete oral na mucosa interna da boca e abaixo da língua por cerca de dez segundos), SANGUE (coleta venosa de 4ml de sangue), ou BIÓPSIA. O material será coletado em kit de coleta fornecido ao médico pelo Programa Cuidar Mais, armazenado por ele ou enfermeiro cooperado designado pelo Programa por sua conta e risco exclusivos, e utilizado de acordo com as especificações do fabricante.
- Exceto no caso de biópsia, as amostras coletadas serão encaminhadas pelo meu médico, por correio, a um dos laboratórios de análises clínicas que integram o Programa Cuidar Mais ("Laboratório Parceiro"), que acessará, analisará as amostras, elaborará o respectivo laudo conclusivo. No caso da biópsia, o Programa Cuidar Mais organizará a retirada do material no consultório do médico e entregará ao Laboratório Parceiro.
- Após a coleta do material biológico, meu cadastro no Programa Cuidar Mais, deverá ser realizado, por meio da assinatura deste Termo de Consentimento, e posteriormente finalizado junto à operadora do Programa Cuidar Mais, diretamente por mim através do 0800 942 3120, pelo meu médico ou profissional de sua equipe.
- O laudo conclusivo do meu exame ficará disponível para ser acessado pelo médico, no portal do Laboratório Parceiro, que será responsável por me fornecer o resultado, bem como pela operadora do Programa Cuidar Mais. Se o meu cadastro no Programa Cuidar Mais não for finalizado junto à operadora do Programa Cuidar Mais, o médico não poderá acessar o laudo do meu exame.

Com base nas informações que me foram prestadas, eu decidi, por minha livre e espontânea vontade e CONCORDO em me cadastrar no Programa Cuidar Mais e em me submeter ao teste genético através do Programa Cuidar Mais, nas condições descritas neste Termo de Consentimento, abdicando espontaneamente da possibilidade de realizar o teste genético em outros laboratórios.

Em razão do acima, eu AUTORIZO expressamente que o meu médico (i) colete amostras do meu material biológico através da técnica escolhida por ele abaixo, com a única e exclusiva finalidade de realizar o teste genético:

### SWAB BIÓPSIA SANGUE

Após o procedimento, AUTORIZO expressamente que o meu médico, profissional de sua equipe ou enfermeiro cooperado designado pelo Programa (ii) encaminhe as amostras coletadas do meu material biológico para o Laboratório Parceiro, por correio, ou no caso de biópsia, que entregue as amostras ao representante do Programa Cuidar Mais para envio ao Laboratório Parceiro, (iii) finalize o meu cadastro no Programa Cuidar Mais e, para tanto, forneça os meus dados pessoais à operadora do Programa Cuidar Mais: nome completo, data de nascimento, CPF, plano de saúde, e-mail, telefone, endereço e sexo biológico, com o único propósito de viabilizar meu cadastro e se necessário, receber o suporte da Coleta Domiciliar no Programa Cuidar Mais, e (iv) acesse o laudo conclusivo do meu teste genético disponibilizado pelo Laboratório Parceiro.

AUTORIZO que o Laboratório Parceiro (i) acesse as amostras do meu material biológico, analise e utilize os dados e as informações extraídos desse material com a única e exclusiva finalidade de elaborar e emitir laudo conclusivo do teste genético, (ii) conceda acesso ao laudo conclusivo do meu exame exclusivamente ao meu médico ou a terceiros eventualmente indicados por mim por escrito, e (iii) autorize a operadora do Programa Cuidar Mais a acessar meus dados, inclusive dados constantes do laudo conclusivo do teste genético, para viabilizar a minha participação no Programa Cuidar Mais, inclusive para controle de pagamento dos serviços prestados pelo fornecedor, elaboração de relatórios estatísticos e pesquisa de satisfação do atendimento e do serviço prestado, para entrar em contato comigo, caso seja necessário, e para aperfeiçoar e desenvolver uma melhor experiência no Programa Cuidar Mais.

Eu DECLARO e reconheço expressamente que a coleta, análise e realização do teste genético não constitui pesquisa clínica e que as amostras de meu material biológico não serão aproveitadas/destinadas para quaisquer pesquisas para qualquer outra finalidade que não seja a realização de teste genético com o fim específico de auxiliar o diagnóstico de amiloidose por transtirretina. Eu também DECLARO e reconheço que caso o meu cadastro no programa não seja realizado no prazo de até 90 dias contados da data de coleta da amostra do meu material biológico, referida amostra será descartada pelo Laboratório Parceiro.

Estou ciente e concordo que todo o tratamento dos meus dados pessoais será realizado pela operadora do Programa Cuidar Mais em nome da Pfizer e de acordo com as instruções da Pfizer. Eu também reconheço que a Pfizer não tem acesso aos meus dados pessoais, não mantém registro desses dados e não realiza qualquer forma de tratamento desses dados, exceto para cumprir obrigações legais relacionadas a relatos de eventos adversos, no caso de processos de auditorias internas ou para exercer seus direitos em processos judiciais, administrativos ou arbitrais. Para fins de controle de qualidade dos serviços prestados, o Programa Cuidar Mais pode entrar em contato com o paciente e médico solicitante para aplicação de pesquisas de satisfação. Para fins do Programa Cuidar Mais, a Pfizer atua como controladora dos dados pessoais e a operadora do Programa Cuidar Mais atua como operadora dos dados pessoais, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018). Eu reconheço e CONCORDO que a Pfizer e as empresas participantes do Programa Cuidar Mais, inclusive a operadora, darão aos meus dados pessoais tratamento confidencial e não divulgarão meus dados a terceiros não parceiros da Pfizer, exceto para outras empresas do Grupo Pfizer, no Brasil ou no exterior, para agentes, contratados e prestadores de serviço, que tratam os dados em nome da Pfizer e de acordo com suas instruções, para autoridades judiciais, policiais ou administrativas, no Brasil ou no exterior, em cumprimento de ordem judicial ou de qualquer outra determinação legal, judicial ou administrativa, e para terceiros em conexão com qualquer reorganização, fusão, venda, joint venture, cessão, transferência dos negócios da Pfizer, ativos ou ações. Reconheço também que meus dados pessoais não serão objeto de pesquisa clínica, nem pesquisa de mercado ou com qualquer fim comercial. Estou ciente que meus dados pessoais serão armazenados de forma segura em data centers localizados no Brasil e no exterior, pelo período necessário ou permitido em vista das finalidades para as quais foram coletados.

Em caso de necessidade, estou ciente que eu poderei solicitar, por meio dos canais de atendimento do Programa Cuidar Mais, a qualquer momento e nos limites previstos na legislação aplicável, o exercício dos direitos previstos na LGPD: confirmação de que os dados pessoais estão sendo tratados; acesso aos dados pessoais; correções de dados pessoais incompletos, inexatos ou desatualizados; anonimização, bloqueio ou eliminação de dados pessoais considerados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto em lei; portabilidade de dados pessoais a um terceiro, contanto que isso não afete segredos industriais e comerciais; eliminação dos dados pessoais tratados com base no consentimento, na medida do permitido em lei; informações sobre as entidades às quais os dados pessoais tenham sido compartilhados; informações sobre a possibilidade de não fornecer o consentimento e consequências da negativa; e revogação do consentimento.

Eu DECLARO, para todos os efeitos, que estou ciente da obrigação de agir de acordo com as orientações e prescrição do meu médico sob qualquer circunstância, não sendo de responsabilidade da Pfizer ou qualquer empresa vinculada ao atendimento do Programa Cuidar Mais, danos e/ou prejuízos decorrentes do não cumprimento por mim, das orientações de meu médico.

Estou ciente que a Pfizer poderá alterar ou interromper o Programa Cuidar Mais a qualquer momento, sem aviso prévio, bem como que a minha participação no Programa Cuidar Mais se limita à realização do exame mencionado neste termo, e que essa participação não abrangerá outros serviços ou produtos, nenhum outro exame ou medicamento.

Estou CIENTE que a Pfizer ou as empresas participantes do Programa Cuidar Mais não são responsáveis pelo descarte do kit de coleta após seu uso indevido pelo médico ou se porventura tiverem a validade vencida. Após a entrega do kit de coleta ao médico ou enfermeiro cooperado designado, é sua a responsabilidade de descartar o(s) kit(s), quando necessário, de acordo com as normas do fabricante.

Eventuais dúvidas com relação a este Termo de Consentimento ou ao Programa Cuidar Mais serão sanadas pelo telefone 0800 942 3120.

Se, por qualquer razão, a Pfizer, a seu único e exclusivo critério, for sucedida por outra empresa, dando continuidade ao Programa Cuidar Mais, eu declaro, CONCORDAR que os meus dados coletados em virtude da minha participação no Programa Cuidar Mais sejam transferidos para a nova titular do programa.

Eu confirmo que li e estou de acordo com o presente Termo de Consentimento, de forma que assino o presente em 3 (três) vias de igual teor, e no caso do suporte da Coleta Domiciliar serão 2 (duas), declarando neste ato que recebi uma própria via.

Por fim, eu declaro ter ciência de que este Termo de Consentimento será arquivado pela Pfizer e pelo Laboratório Parceiro pelo prazo prescricional aplicável, para o caso de eventual necessidade do documento.

NOME COMPLETO DO PACIENTE

SEXO BIOLÓGICO

DATA DE NASCIMENTO

RG

CPF

ASSINATURA

NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL

RG

CPF

ASSINATURA

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## TESTE GENÉTICO

MÉDICO CLÍNICO	CRM (UF)
PATOLOGIA DE BASE COM CID	ASSINATURA

Por meio do presente Termo de Consentimento eu DECLARO que, nesta data, recebi o devido aconselhamento genético do meu médico, acima indicado, onde fui informado sobre questões associadas à ocorrência ou risco de ocorrência, em mim e/ou em meus familiares, de Amiloidose por transtirretina, uma doença hereditária e/ou genética, bem como sobre as características da doença, probabilidades ou risco de desenvolvê-la ou transmiti-la, opções para prevenção ou tratamento. Fui informado também como a realização de um teste genético pode auxiliar um possível diagnóstico de amiloidose por transtirretina.

DECLARO que fui informado pelo meu médico que existem diferentes laboratórios de análises clínicas com tecnologia necessária à realização de testes genéticos e que, caso eu opte por realizar o teste, estou totalmente livre para decidir em qual laboratório irei realizar.

Fui informado também sobre a possibilidade de optar por realizar o teste genético através do Programa Cuidar Mais da Pfizer Brasil Ltda., inscrita no CNPJ/ME sob o nº. 46.070.868/0019-98, com sede na Rua Alexandre Dumas, 1860, CEP 04717-904, São Paulo – SP, Brasil.

No caso do Programa Cuidar Mais, fui informado que:

- A coleta de amostra do meu material biológico, necessária à realização do teste genético, será realizada no consultório do meu médico, por meio das seguintes técnicas, a critério exclusivo do médico, SWAB (fricção de cotonete oral na mucosa interna da boca e debaixo da língua por cerca de dez segundos), SANGUE (coleta venosa de 4ml de sangue), ou BIÓPSIA. O material será coletado em kit de coleta fornecido ao médico pelo Programa Cuidar Mais, armazenado por ele ou enfermeiro cooperado designado pelo Programa por sua conta e risco exclusivos, e utilizado de acordo com as especificações do fabricante.
- Exceto no caso de biópsia, as amostras coletadas serão encaminhadas pelo meu médico, por correio, a um dos laboratórios de análises clínicas que integram o Programa Cuidar Mais ("Laboratório Parceiro"), que acessará, analisará as amostras, elaborará o respectivo laudo conclusivo. No caso da biópsia, o Programa Cuidar Mais organizará a retirada do material no consultório do médico e entregará ao Laboratório Parceiro.
- Após a coleta do material biológico, meu cadastro no Programa Cuidar Mais, deverá ser realizado, por meio da assinatura deste Termo de Consentimento, e posteriormente finalizado junto à operadora do Programa Cuidar Mais, diretamente por mim através do 0800 942 3120, pelo meu médico ou profissional de sua equipe.
- O laudo conclusivo do meu exame ficará disponível para ser acessado pelo médico, no portal do Laboratório Parceiro, que será responsável por me fornecer o resultado, bem como pela operadora do Programa Cuidar Mais. Se o meu cadastro no Programa Cuidar Mais não for finalizado junto à operadora do Programa Cuidar Mais, o médico não poderá acessar o laudo do meu exame.

Com base nas informações que me foram prestadas, eu decidi, por minha livre e espontânea vontade e CONCORDO em me cadastrar no Programa Cuidar Mais e em me submeter ao teste genético através do Programa Cuidar Mais, nas condições descritas neste Termo de Consentimento, abdicando espontaneamente da possibilidade de realizar o teste genético em outros laboratórios.

Em razão do acima, eu AUTORIZO expressamente que o meu médico (i) colete amostras do meu material biológico através da técnica escolhida por ele abaixo, com a única e exclusiva finalidade de realizar o teste genético:

### SWAB BIÓPSIA SANGUE

Após o procedimento, AUTORIZO expressamente que o meu médico, profissional de sua equipe ou enfermeiro cooperado designado pelo Programa (ii) encaminhe as amostras coletadas do meu material biológico para o Laboratório Parceiro, por correio, ou no caso de biópsia, que entregue as amostras ao representante do Programa Cuidar Mais para envio ao Laboratório Parceiro, (iii) finalize o meu cadastro no Programa Cuidar Mais e, para tanto, forneça os meus dados pessoais à operadora do Programa Cuidar Mais: nome completo, data de nascimento, CPF, plano de saúde, e-mail, telefone, endereço e sexo biológico, com o único propósito de viabilizar meu cadastro e se necessário, receber o suporte da Coleta Domiciliar no Programa Cuidar Mais, e (iv) acesse o laudo conclusivo do meu teste genético disponibilizado pelo Laboratório Parceiro.

AUTORIZO que o Laboratório Parceiro (i) acesse as amostras do meu material biológico, analise e utilize os dados e as informações extraídos desse material com a única e exclusiva finalidade de elaborar e emitir laudo conclusivo do teste genético, (ii) conceda acesso ao laudo conclusivo do meu exame exclusivamente ao meu médico ou a terceiros eventualmente indicados por mim por escrito, e (iii) autorize a operadora do Programa Cuidar Mais a acessar meus dados, inclusive dados constantes do laudo conclusivo do teste genético, para viabilizar a minha participação no Programa Cuidar Mais, inclusive para controle de pagamento dos serviços prestados pelo fornecedor, elaboração de relatórios estatísticos e pesquisa de satisfação do atendimento e do serviço prestado, para entrar em contato comigo, caso seja necessário, e para aperfeiçoar e desenvolver uma melhor experiência no Programa Cuidar Mais.

Eu DECLARO e reconheço expressamente que a coleta, análise e realização do teste genético não constitui pesquisa clínica e que as amostras de meu material biológico não serão aproveitadas/destinadas para quaisquer pesquisas para qualquer outra finalidade que não seja a realização de teste genético com o fim específico de auxiliar o diagnóstico de amiloidose por transtirretina. Eu também DECLARO e reconheço que caso o meu cadastro no programa não seja realizado no prazo de até 90 dias contados da data de coleta da amostra do meu material biológico, referida amostra será descartada pelo Laboratório Parceiro.

Estou ciente e concordo que todo o tratamento dos meus dados pessoais será realizado pela operadora do Programa Cuidar Mais em nome da Pfizer e de acordo com as instruções da Pfizer. Eu também reconheço que a Pfizer não tem acesso aos meus dados pessoais, não mantém registro desses dados e não realiza qualquer forma de tratamento desses dados, exceto para cumprir obrigações legais relacionadas a relatos de eventos adversos, no caso de processos de auditorias internas ou para exercer seus direitos em processos judiciais, administrativos ou arbitrais. Para fins de controle de qualidade dos serviços prestados, o Programa Cuidar Mais pode entrar em contato com o paciente e médico solicitante para aplicação de pesquisas de satisfação. Para fins do Programa Cuidar Mais, a Pfizer atua como controladora dos dados pessoais e a operadora do Programa Cuidar Mais atua como operadora dos dados pessoais, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018). Eu reconheço e CONCORDO que a Pfizer e as empresas participantes do Programa Cuidar Mais, inclusive a operadora, darão aos meus dados pessoais tratamento confidencial e não divulgarão meus dados a terceiros não parceiros da Pfizer, exceto para outras empresas do Grupo Pfizer, no Brasil ou no exterior, para agentes, contratados e prestadores de serviço, que tratam os dados em nome da Pfizer e de acordo com suas instruções, para autoridades judiciais, policiais ou administrativas, no Brasil ou no exterior, em cumprimento de ordem judicial ou de qualquer outra determinação legal, judicial ou administrativa, e para terceiros em conexão com qualquer reorganização, fusão, venda, joint venture, cessão, transferência dos negócios da Pfizer, ativos ou ações. Reconheço também que meus dados pessoais não serão objeto de pesquisa clínica, nem pesquisa de mercado ou com qualquer fim comercial. Estou ciente que meus dados pessoais serão armazenados de forma segura em data centers localizados no Brasil e no exterior, pelo período necessário ou permitido em vista das finalidades para as quais foram coletados.

Em caso de necessidade, estou ciente que eu poderei solicitar, por meio dos canais de atendimento do Programa Cuidar Mais, a qualquer momento e nos limites previstos na legislação aplicável, o exercício dos direitos previstos na LGPD: confirmação de que os dados pessoais estão sendo tratados; acesso aos dados pessoais; correções de dados pessoais incompletos, inexatos ou desatualizados; anonimização, bloqueio ou eliminação de dados pessoais considerados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto em lei; portabilidade de dados pessoais a um terceiro, contanto que isso não afete segredos industriais e comerciais; eliminação dos dados pessoais tratados com base no consentimento, na medida do permitido em lei; informações sobre as entidades às quais os dados pessoais tenham sido compartilhados; informações sobre a possibilidade de não fornecer o consentimento e consequências da negativa; e revogação do consentimento.

Eu DECLARO, para todos os efeitos, que estou ciente da obrigação de agir de acordo com as orientações e prescrição do meu médico sob qualquer circunstância, não sendo de responsabilidade da Pfizer ou qualquer empresa vinculada ao atendimento do Programa Cuidar Mais, danos e/ou prejuízos decorrentes do não cumprimento por mim, das orientações de meu médico.

Estou ciente que a Pfizer poderá alterar ou interromper o Programa Cuidar Mais a qualquer momento, sem aviso prévio, bem como que a minha participação no Programa Cuidar Mais se limita à realização do exame mencionado neste termo, e que essa participação não abrangerá outros serviços ou produtos, nenhum outro exame ou medicamento.

Estou ciente que a Pfizer ou as empresas participantes do Programa Cuidar Mais não são responsáveis pelo descarte do kit de coleta após seu uso indevido pelo médico ou se porventura tiverem a validade vencida. Após a entrega do kit de coleta ao médico ou enfermeiro cooperado designado, é sua a responsabilidade de descartar o(s) kit(s), quando necessário, de acordo com as normas do fabricante.

Eventuais dúvidas com relação a este Termo de Consentimento ou ao Programa Cuidar Mais serão sanadas pelo telefone 0800 942 3120.

Se, por qualquer razão, a Pfizer, a seu único e exclusivo critério, for sucedida por outra empresa, dando continuidade ao Programa Cuidar Mais, eu declaro, CONCORDAR que os meus dados coletados em virtude da minha participação no Programa Cuidar Mais sejam transferidos para a nova titular do programa.

Eu confirmo que li e estou de acordo com o presente Termo de Consentimento, de forma que assino o presente em 3 (três) vias de igual teor, e no caso do suporte da Coleta Domiciliar serão 2 (duas), declarando neste ato que recebi uma própria via.

Por fim, eu declaro ter ciência de que este Termo de Consentimento será arquivado pela Pfizer e pelo Laboratório Parceiro pelo prazo prescricional aplicável, para o caso de eventual necessidade do documento.

NOME COMPLETO DO PACIENTE		SEXO BIOLÓGICO	
DATA DE NASCIMENTO	RG	CPF	ASSINATURA
NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL	RG	CPF	ASSINATURA

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## TESTE GENÉTICO

MÉDICO CLÍNICO	CRM (UF)
PATOLOGIA DE BASE COM CID	ASSINATURA

Por meio do presente Termo de Consentimento eu DECLARO que, nesta data, recebi o devido aconselhamento genético do meu médico, acima indicado, onde fui informado sobre questões associadas à ocorrência ou risco de ocorrência, em mim e/ou em meus familiares, de Amiloidose por transtirretina, uma doença hereditária e/ou genética, bem como sobre as características da doença, probabilidades ou risco de desenvolvê-la ou transmiti-la, opções para prevenção ou tratamento. Fui informado também como a realização de um teste genético pode auxiliar um possível diagnóstico de amiloidose por transtirretina.

DECLARO que fui informado pelo meu médico que existem diferentes laboratórios de análises clínicas com tecnologia necessária à realização de testes genéticos e que, caso eu opte por realizar o teste, estou totalmente livre para decidir em qual laboratório irei realizar.

Fui informado também sobre a possibilidade de optar por realizar o teste genético através do Programa Cuidar Mais da Pfizer Brasil Ltda., inscrita no CNPJ/ME sob o nº. 46.070.868/0019-98, com sede na Rua Alexandre Dumas, 1860, CEP 04717-904, São Paulo – SP, Brasil.

No caso do Programa Cuidar Mais, fui informado que:

- A coleta de amostra do meu material biológico, necessária à realização do teste genético, será realizada no consultório do meu médico, por meio das seguintes técnicas, a critério exclusivo do médico, SWAB (fricção de cotonete oral na mucosa interna da boca e debaixo da língua por cerca de dez segundos), SANGUE (coleta venosa de 4ml de sangue), ou BIÓPSIA. O material será coletado em kit de coleta fornecido ao médico pelo Programa Cuidar Mais, armazenado por ele ou enfermeiro cooperado designado pelo Programa por sua conta e risco exclusivos, e utilizado de acordo com as especificações do fabricante.
- Exceto no caso de biópsia, as amostras coletadas serão encaminhadas pelo meu médico, por correio, a um dos laboratórios de análises clínicas que integram o Programa Cuidar Mais ("Laboratório Parceiro"), que acessará, analisará as amostras, elaborará o respectivo laudo conclusivo. No caso da biópsia, o Programa Cuidar Mais organizará a retirada do material no consultório do médico e entregará ao Laboratório Parceiro.
- Após a coleta do material biológico, meu cadastro no Programa Cuidar Mais, deverá ser realizado, por meio da assinatura deste Termo de Consentimento, e posteriormente finalizado junto à operadora do Programa Cuidar Mais, diretamente por mim através do 0800 942 3120, pelo meu médico ou profissional de sua equipe.
- O laudo conclusivo do meu exame ficará disponível para ser acessado pelo médico, no portal do Laboratório Parceiro, que será responsável por me fornecer o resultado, bem como pela operadora do Programa Cuidar Mais. Se o meu cadastro no Programa Cuidar Mais não for finalizado junto à operadora do Programa Cuidar Mais, o médico não poderá acessar o laudo do meu exame.

Com base nas informações que me foram prestadas, eu decidi, por minha livre e espontânea vontade e CONCORDO em me cadastrar no Programa Cuidar Mais e em me submeter ao teste genético através do Programa Cuidar Mais, nas condições descritas neste Termo de Consentimento, abdicando espontaneamente da possibilidade de realizar o teste genético em outros laboratórios.

Em razão do acima, eu AUTORIZO expressamente que o meu médico (i) colete amostras do meu material biológico através da técnica escolhida por ele abaixo, com a única e exclusiva finalidade de realizar o teste genético:

### SWAB BIÓPSIA SANGUE

Após o procedimento, AUTORIZO expressamente que o meu médico, profissional de sua equipe ou enfermeiro cooperado designado pelo Programa (ii) encaminhe as amostras coletadas do meu material biológico para o Laboratório Parceiro, por correio, ou no caso de biópsia, que entregue as amostras ao representante do Programa Cuidar Mais para envio ao Laboratório Parceiro, (iii) finalize o meu cadastro no Programa Cuidar Mais e, para tanto, forneça os meus dados pessoais à operadora do Programa Cuidar Mais: nome completo, data de nascimento, CPF, plano de saúde, e-mail, telefone, endereço e sexo biológico, com o único propósito de viabilizar meu cadastro e se necessário, receber o suporte da Coleta Domiciliar no Programa Cuidar Mais, e (iv) acesse o laudo conclusivo do meu teste genético disponibilizado pelo Laboratório Parceiro.

AUTORIZO que o Laboratório Parceiro (i) acesse as amostras do meu material biológico, analise e utilize os dados e as informações extraídos desse material com a única e exclusiva finalidade de elaborar e emitir laudo conclusivo do teste genético, (ii) conceda acesso ao laudo conclusivo do meu exame exclusivamente ao meu médico ou a terceiros eventualmente indicados por mim por escrito, e (iii) autorize a operadora do Programa Cuidar Mais a acessar meus dados, inclusive dados constantes do laudo conclusivo do teste genético, para viabilizar a minha participação no Programa Cuidar Mais, inclusive para controle de pagamento dos serviços prestados pelo fornecedor, elaboração de relatórios estatísticos e pesquisa de satisfação do atendimento e do serviço prestado, para entrar em contato comigo, caso seja necessário, e para aperfeiçoar e desenvolver uma melhor experiência no Programa Cuidar Mais.

Eu DECLARO e reconheço expressamente que a coleta, análise e realização do teste genético não constitui pesquisa clínica e que as amostras de meu material biológico não serão aproveitadas/destinadas para quaisquer pesquisas para qualquer outra finalidade que não seja a realização de teste genético com o fim específico de auxiliar o diagnóstico de amiloidose por transtirretina. Eu também DECLARO e reconheço que caso o meu cadastro no programa não seja realizado no prazo de até 90 dias contados da data de coleta da amostra do meu material biológico, referida amostra será descartada pelo Laboratório Parceiro.

Estou ciente e concordo que todo o tratamento dos meus dados pessoais será realizado pela operadora do Programa Cuidar Mais em nome da Pfizer e de acordo com as instruções da Pfizer. Eu também reconheço que a Pfizer não tem acesso aos meus dados pessoais, não mantém registro desses dados e não realiza qualquer forma de tratamento desses dados, exceto para cumprir obrigações legais relacionadas a relatos de eventos adversos, no caso de processos de auditorias internas ou para exercer seus direitos em processos judiciais, administrativos ou arbitrais. Para fins de controle de qualidade dos serviços prestados, o Programa Cuidar Mais pode entrar em contato com o paciente e médico solicitante para aplicação de pesquisas de satisfação. Para fins do Programa Cuidar Mais, a Pfizer atua como controladora dos dados pessoais e a operadora do Programa Cuidar Mais atua como operadora dos dados pessoais, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018). Eu reconheço e CONCORDO que a Pfizer e as empresas participantes do Programa Cuidar Mais, inclusive a operadora, darão aos meus dados pessoais tratamento confidencial e não divulgarão meus dados a terceiros não parceiros da Pfizer, exceto para outras empresas do Grupo Pfizer, no Brasil ou no exterior, para agentes, contratados e prestadores de serviço, que tratam os dados em nome da Pfizer e de acordo com suas instruções, para autoridades judiciais, policiais ou administrativas, no Brasil ou no exterior, em cumprimento de ordem judicial ou de qualquer outra determinação legal, judicial ou administrativa, e para terceiros em conexão com qualquer reorganização, fusão, venda, joint venture, cessão, transferência dos negócios da Pfizer, ativos ou ações. Reconheço também que meus dados pessoais não serão objeto de pesquisa clínica, nem pesquisa de mercado ou com qualquer fim comercial. Estou ciente que meus dados pessoais serão armazenados de forma segura em data centers localizados no Brasil e no exterior, pelo período necessário ou permitido em vista das finalidades para as quais foram coletados.

Em caso de necessidade, estou ciente que eu poderei solicitar, por meio dos canais de atendimento do Programa Cuidar Mais, a qualquer momento e nos limites previstos na legislação aplicável, o exercício dos direitos previstos na LGPD: confirmação de que os dados pessoais estão sendo tratados; acesso aos dados pessoais; correções de dados pessoais incompletos, inexatos ou desatualizados; anonimização, bloqueio ou eliminação de dados pessoais considerados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto em lei; portabilidade de dados pessoais a um terceiro, contanto que isso não afete segredos industriais e comerciais; eliminação dos dados pessoais tratados com base no consentimento, na medida do permitido em lei; informações sobre as entidades às quais os dados pessoais tenham sido compartilhados; informações sobre a possibilidade de não fornecer o consentimento e consequências da negativa; e revogação do consentimento.

Eu DECLARO, para todos os efeitos, que estou ciente da obrigação de agir de acordo com as orientações e prescrição do meu médico sob qualquer circunstância, não sendo de responsabilidade da Pfizer ou qualquer empresa vinculada ao atendimento do Programa Cuidar Mais, danos e/ou prejuízos decorrentes do não cumprimento por mim, das orientações de meu médico.

Estou ciente que a Pfizer poderá alterar ou interromper o Programa Cuidar Mais a qualquer momento, sem aviso prévio, bem como que a minha participação no Programa Cuidar Mais se limita à realização do exame mencionado neste termo, e que essa participação não abrangerá outros serviços ou produtos, nenhum outro exame ou medicamento.

Estou ciente que a Pfizer ou as empresas participantes do Programa Cuidar Mais não são responsáveis pelo descarte do kit de coleta após seu uso indevido pelo médico ou se porventura tiverem a validade vencida. Após a entrega do kit de coleta ao médico ou enfermeiro cooperado designado, é sua a responsabilidade de descartar o(s) kit(s), quando necessário, de acordo com as normas do fabricante.

Eventuais dúvidas com relação a este Termo de Consentimento ou ao Programa Cuidar Mais serão sanadas pelo telefone 0800 942 3120.

Se, por qualquer razão, a Pfizer, a seu único e exclusivo critério, for sucedida por outra empresa, dando continuidade ao Programa Cuidar Mais, eu declaro, CONCORDAR que os meus dados coletados em virtude da minha participação no Programa Cuidar Mais sejam transferidos para a nova titular do programa.

Eu confirmo que li e estou de acordo com o presente Termo de Consentimento, de forma que assino o presente em 3 (três) vias de igual teor, e no caso do suporte da Coleta Domiciliar serão 2 (duas), declarando neste ato que recebi uma própria via.

Por fim, eu declaro ter ciência de que este Termo de Consentimento será arquivado pela Pfizer e pelo Laboratório Parceiro pelo prazo prescricional aplicável, para o caso de eventual necessidade do documento.

NOME COMPLETO DO PACIENTE	SEXO BIOLÓGICO		
DATA DE NASCIMENTO	RG	CPF	ASSINATURA
NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL	RG	CPF	ASSINATURA



A Pfizer reserva-se o direito de alterar ou interromper o Programa Cuidar Mais a qualquer momento, sem aviso prévio.  
Material de uso exclusivo de profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos para uso com o paciente, quando da prescrição de exame necessário ao diagnóstico da doença.

**Cuidar+**  
Amiloidose (Doenças Raras)  
☎ 0800 942 3120

PP-VYN-BRA-1146 - NOVEMBRO 2022

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Pfizer Brasil Ltda  
Copyright 2022 Grupo Pfizer. Todos os direitos reservados.  
[www.pfizer.com.br](http://www.pfizer.com.br)

