

Termo de Consentimento para Atendimento - Adultos**Código:** FMR.CORP.JUR.013 **Revisão:** 4**Data de Aprovação:** 16/04/2026**Classificação:** Formulário

Página 1 de 1

Solicitamos que você nos forneça algumas informações pessoais e de saúde ("dados").

O tratamento desses dados seguirá as diretrizes da nossa Política de Privacidade, disponível no endereço eletrônico <https://merya.com.br/>. Seus dados serão tratados por nós pelo prazo permitido pela legislação brasileira e poderão ser utilizados para as finalidades descritas abaixo.

Caso esteja de acordo, solicitamos que você dê seu consentimento, assinalando com x nas caixas abaixo, autorizando a Clínica a:

- ☐ **realizar o agendamento, a realização e a entrega de resultados dos exames clínicos que foram contratados por você, inclusive com compartilhamento dos dados pessoais e de saúde a terceiros prestadores destes serviços;**
- ☐ **permitir o compartilhamento de seus exames diretamente com o seu médico, para que seu cuidado seja realizado de forma ágil e efetiva.**

Reforçamos que o Protocolo de Entrega dos Exames é de uso pessoal e intransferível, e permite que você tenha acesso aos resultados dos seus exames. Qualquer transferência ou compartilhamento do Protocolo com terceiros será de sua inteira responsabilidade.

Informamos também que seus dados poderão ser armazenados e utilizados para o atendimento de obrigação legal ou regulatória que a Clínica tenha que cumprir, bem como para o exercício regular de direitos, conforme expresso na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

Caso tenha alguma dúvida sobre como seus dados estão sendo tratados pela Clínica ou sobre como exercer os seus direitos, entre em contato conosco através do seguinte canal dados@merya.com.br.

Caso não concorde com o tratamento e/ou compartilhamento dos seus dados pessoais conforme descrito neste Termo assinale com x na caixa abaixo, ficando ciente que esta recusa implicará na impossibilidade do seu atendimento, pois inviabilizará a realização

- ☐ **Não desejo fornecer meu consentimento para o tratamento e/ou compartilhamento de meus dados pessoais conforme descrito neste Termo.**

AUTORIZAÇÃO DE ENVIO DO RESULTADO DE EXAMES ELETRONICAMENTE

Desde já, autorizo a Clínica a enviar os resultados e laudos dos meus exames para mim eletronicamente

Declaro estar ciente de que, embora o recebimento dos resultados/laudos via eletrônica seja uma opção de conveniência, pode apresentar riscos, como acesso indevido por terceiros, inclusive decorrente de clonagem de número, perda ou roubo do aparelho celular.

Autorizo o Clínica enviar os resultados e laudos dos meus exames para mim via WhatsApp

() Sim () Não

TERMO DE CONSENTIMENTO LEI Nº 14.737/23 PARA MULHERES

Em consultas, exames e procedimentos de imagem, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, independentemente de notificação prévia. Em todos os exames de sedação é obrigatório o paciente trazer um acompanhante.

A senhora possui acompanhante?

() Sim () Não

A paciente tem o **direito** de recusar o acompanhante indicado pela clínica e solicitar a indicação de outro, sem precisar justificar sua escolha.

A senhora deseja uma nova indicação de acompanhante?

() Sim () Não

Nome do Paciente	Assinatura do Paciente

Quando necessário a presença de testemunha:

Nome da Testemunha	Assinatura da Testemunha