



Autorizo a Clínica Médica Saúde e Vida, inscrita no CNPJ 02.622.778/0001-68, localizada Avenida Washington Luis, 2480, salas AS21 e AS23, CEP 13042-105, Campinas, SP, Telefone: (19) 3849-2132/(19) 97126-9380, a usar meus dados pessoais específicos abaixo para:

- Cadastro, questionários médicos e termos de consentimento
- Diagnósticos por imagem (laudos médicos e imagens impressas)
- Faturamento
- Emissão de nota fiscal

Nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD, Lei no.13.709/2018, tenho ciência de que poderei excluir e/ou complementar, conforme a necessidade de modificação/atualização, este termo, a qualquer momento, mediante comunicação por escrito à Clínica Médica Saúde e Vida.

Concordo com os tratamentos e finalidades acima por livre e espontânea vontade.

Assinatura _____

Nome completo _____

Documento de identidade _____