

Política de Privacidade

1 - Introdução

Versão: 1.1

Data: 15/02/2021

A SIM Caixa de Assistência à Saúde realiza o monitoramento contínuo da sua Política de Privacidade, revisando-a, no mínimo, a cada 6 (seis) meses. Esta versão inicial retrata apenas o tratamento dos dados pessoais realizado a partir do seu site. Em breve, buscaremos fortalecê-la e ampliá-la. Em caso de quaisquer dúvidas, pedimos a gentileza de entrar em contato com nosso Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais (DPO), por meio do e-mail dpo@simplanodesaude.com.br.

2 - Declaração de Privacidade

Nossa política tem como objetivo garantir a privacidade, a proteção de dados pessoais e a segurança da informação dos nossos beneficiários.

É por meio dela que a SIM - Caixa de Assistência à Saúde busca evidenciar de maneira prática e transparente como tratamos suas informações.

3 – Quais tipos de dados pessoais coletamos?

A SIM Caixa de Assistência à Saúde coleta o mínimo necessário de dados pessoais para desempenhar as suas atividades. A partir do nosso site, coletamos os seguintes dados pessoais:

3.1 – Plano - NOVO SIM Saúde – Inscrição de Titular

Fonte	Dados Pessoais	Finalidade	Base Legal
Plano - NOVO SIM Saúde – Inscrição de Titular	Nome do Titular, CPF, Data de Nascimento, Estado Civil, Sexo, Documento Identidade (Órgão Expedidor, Expedição), Nacionalidade, Naturalidade (Cidade e Estado que nasceu), N° Cartão Nacional de Saúde (CNS), Filiação, Endereço Residencial Completo, Telefone (residencial, comercial, celular), e-mail, Declaração de Saúde	Inclusão de beneficiário(a) titular(a) da SIM - Caixa de Assistência à Saúde, por meio do PLANO NOVO SIM SAÚDE	Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO TITULAR

Eu _____, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a inclusão como beneficiário(a) titular(a) da SIM - Caixa de Assistência à Saúde por meio do PLANO NOVO SIM SAÚDE, registrado na ANS sob nº 484.323/19-1, conforme segue:

DADOS BENEFICIÁRIO:

Nome do Beneficiário (por extenso)		Patrocínio/Categoria	
CPF nº	Data de Nascimento	Estado Civil	Sexo (M/F)
Documento Identidade	Órgão Expedidor	Data Expedição	Nacionalidade
Naturalidade (Cidade e Estado que nasceu)		N° Cartão Nacional de Saúde (CNS)¹	

3.2 – Plano - NOVO SIM Saúde – Requerimento 2ª Via Cartão

Fonte	Dados Pessoais	Finalidade	Base Legal
Plano - NOVO SIM Saúde – Requerimento 2ª Via Cartão	Nome do Titular, CPF, Nome dos Beneficiários, Grau de Parentesco, Sexo	Emissão de 2ª via de cartões, do Plano Novo SIM Saúde	Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador



SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DE CARTÃO

Eu _____, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a(s) emissão(ões) da(s) 2ª via do(s) cartão(ões), do Plano Novo SIM Saúde dos beneficiários relacionados, estando ciente do pagamento do(s) valor(es), conforme situação assinalada abaixo:

1. DESCRIÇÃO BENEFICIÁRIOS PARA EMISSÃO CARTÃO

Nome	Grau de Parentesco	Sexo (M/F)

3.3 – Plano - NOVO SIM Saúde – Inscrição de Dependente

Fonte	Dados Pessoais	Finalidade	Base Legal
Plano - NOVO SIM Saúde – Inscrição de Dependente	Nome do Titular, CPF, Nome do Beneficiário, CPF, Data de Nascimento, Estado Civil, Sexo, Documento Identidade (Órgão Expedidor, Expedição), Nacionalidade, Naturalidade (Cidade e Estado que nasceu), Nº Cartão Nacional de Saúde (CNS), Filiação, Endereço Residencial Completo, Telefone (residencial, comercial, celular), e-mail, Declaração de Saúde	Inclusão de beneficiário Dependente da SIM - Caixa de Assistência à Saúde, por meio do PLANO NOVO SIM SAÚDE	Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador



PLANO NOVO SIM SAÚDE

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DEPENDENTE

Eu _____, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a inclusão como beneficiário dependente da SIM - Caixa de Assistência à Saúde por meio do PLANO NOVO SIM SAÚDE, registrado na ANS sob nº 484.323/19-1, conforme segue:

DADOS BENEFICIÁRIO:

Nome do Beneficiário Dependente *(por extenso)*

CPF nº	Data de Nascimento	Estado Civil	Parentesco	Sexo (M/F)

Documento Identidade	Órgão Expedidor	Data Expedição	Nacionalidade

Naturalidade <i>(Cidade e Estado que nasceu)</i>	Nº Cartão Nacional de Saúde (CNS) ¹

3.4 – Plano - NOVO SIM Saúde – Exclusão

Fonte	Dados Pessoais	Finalidade	Base Legal
Plano - NOVO SIM Saúde – Exclusão	Nome do Titular, CPF, Nome do Beneficiário, Grau de Parentesco, Data de Nascimento, CPF, Sexo	Exclusão de beneficiário do SIM - Caixa de Assistência à Saúde, por meio do PLANO NOVO SIM SAÚDE	Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador



PLANO NOVO SIM SAÚDE

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO

Eu _____, como beneficiário(a) titular da SIM - Caixa de Assistência à Saúde do PLANO NOVO SIM SAÚDE, registrado na ANS sob nº 484.323/19-1, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a(s) **exclusão(ões)**, conforme segue:

1. Exclusão Associado Titular

() Minha exclusão e consequentemente do(s) meu(s) dependente(s) no Plano Novo SIM Saúde e familiares agregados no Plano SIM Família, se for o caso.

2. Exclusão Dependentes

() A exclusão do(s) meu(s) dependente(s) no Plano Novo SIM Saúde abaixo indicados:

Nome	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	CPF	Sexo (M/F)

3.5 – Plano SIM Família – Inclusão de Agregado

Fonte	Dados Pessoais	Finalidade	Base Legal
Plano Família Inclusão de Agregado	Nome do Associado Titular, CPF, Nome do Agregado, CPF, Data de Nascimento, Estado Civil, Sexo, Documento Identidade (Órgão Expedidor, Expedição), Nacionalidade, Naturalidade (Cidade e Estado que nasceu), N° Cartão Nacional de Saúde (CNS), Filiação, Endereço Residencial Completo, Telefone (residencial, comercial, celular), e-mail, Declaração de Saúde	Inclusão de agregados no Plano SIM Família	Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador

PLANO DE SAÚDE

Legenda:

○ Associado titular preenche ou assina

△ Familiar agregado preenche ou assina

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Eu _____, associado(a) titular da SIM - Caixa de Assistência à Saúde, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____ venho por meio deste solicitar a **inclusão** do meu agregado no **PLANO SIM FAMÍLIA**, registrado na ANS sob nº 467.417/12-1, conforme dados cadastrais abaixo:

Dados do Familiar Agregado

Nome do Agregado *(por extenso)*

CPF nº	Data de Nascimento	Estado Civil	Grau de Parentesco	Sexo (M/F)
_____	_____	_____	_____	_____
Documento Identidade	Órgão Expedidor	Data Expedição	Nacionalidade	
_____	_____	_____	_____	
Naturalidade <i>(Cidade e Estado que nasceu)</i>		N° Cartão Nacional de Saúde (CNS) ¹		
_____		_____		

3.6 – Plano SIM Família – Exclusão de Agregado

Fonte	Dados Pessoais	Finalidade	Base Legal	
Plano Família Exclusão de Agregado	SIM – de	Nome do Associado Titular, CPF, Nome do Agregado, Grau de Parentesco	Exclusão de agregados no Plano SIM Família	Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO

Eu _____, associado(a) Titular da SIM - Caixa de Assistência à Saúde, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a **exclusão do(s) meu(s) agregados(s) no Plano SIM FAMILIA** conforme abaixo:

01. DADOS DO(S) FAMILIAR(ES) AGREGADO(S)	
Nome do Agregado	Grau de Parentesco

3.7 – Plano SIM Família – Solicitação de 2ª via cartões do SIM Família

Fonte	Dados Pessoais	Finalidade	Base Legal	
Plano Família Solicitação de 2ª via cartões do SIM Família	SIM –	Nome do Associado Titular, CPF, Matrícula, Nomes dos Agregados	Emissão de 2ª via cartões do SIM Família	Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador

SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA
REFERENTE AOS CARTÕES DO SIM FAMILIA

Eu _____,

CPF/MF nº _____, matrícula nº _____, associado(a) desta entidade, solicito a emissão da 2ª via do(s) cartão(ões) do Plano de Saúde dos usuários relacionados, estando ciente do pagamento do(s) valor(es), conforme situação assinalada abaixo:

3.8 – Plano SIM Sorrir – Inscrição de Titular

Fonte	Dados Pessoais	Finalidade	Base Legal
Plano SIM Sorrir – Inscrição de Titular	Nome do Associado, CPF, Data de Nascimento, Estado Civil, Sexo, Documento Identidade (Órgão Expedidor, Expedição), Nacionalidade, Naturalidade (Cidade e Estado que nasceu), Nº Cartão Nacional de Saúde (CNS), Filiação, Endereço Residencial Completo, Telefone (residencial, comercial, celular), e-mail, Declaração de Saúde	Inclusão de Associado (a) titular(a) da SIM - Caixa de Assistência à Saúde, por meio do PLANO SIM SORRIR	Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE TITULAR

Eu _____, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a **inclusão como associado(a) titular** da SIM - Caixa de Assistência à Saúde através do **PLANO SIM SORRIR**, registrado na ANS sob nº 469.217.13-9, conforme segue:

DADOS ASSOCIADO

Nome do Associado _____

CPF nº	Data de Nascimento	Estado Civil	Sexo (M/F)

Documento Identidade	Órgão Expedidor	Data Expedição	Nacionalidade

3.9 – Plano SIM Sorrir – Inscrição de Dependente

Fonte	Dados Pessoais	Finalidade	Base Legal
Plano SIM Sorrir – Inscrição de Dependente	Nome do Titular, CPF, Nome do Beneficiário, CPF, Data de Nascimento, Estado Civil, Sexo, Documento Identidade (Órgão Expedidor, Expedição), Nacionalidade, Naturalidade (Cidade e Estado que nasceu), Nº Cartão Nacional de Saúde (CNS), Filiação, Endereço Residencial Completo, Telefone (residencial, comercial, celular), e-mail	Inclusão de Associado Dependente da SIM - Caixa de Assistência à Saúde, por meio do Plano SIM Sorrir	Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE

Eu _____, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a **inclusão** como associado(a) dependente da SIM - Caixa de Assistência à Saúde através do **PLANO SIM SORRIR**, registrado na ANS sob nº 469.217.13-9, conforme segue:

DADOS DEPENDENTE

Nome do Dependente _____

CPF nº	Data de Nascimento	Estado Civil	Grau de Parentesco	Sexo (M/F)

Documento Identidade	Órgão Expedidor	Data Expedição	Nacionalidade

3.10 – Plano SIM Sorrir – Requerimento 2ª Via Cartão

Fonte	Dados Pessoais	Finalidade	Base Legal
Plano SIM Sorrir – Requerimento 2ª Via Cartão	Nome do Titular, CPF, Nome dos Beneficiários, Grau de Parentesco, Sexo	Emissão de 2ª via de cartões, do Plano SIM Sorrir	Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador

SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DE CARTÃO

Eu _____, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a **emissão da 2ª via do(s) cartão(ões)**, do Plano SIM Sorrir dos beneficiários relacionados, estando ciente do pagamento do(s) valor(es), conforme situação assinalada abaixo:

1. DESCRIÇÃO BENEFICIÁRIOS PARA EMISSÃO CARTÃO

Nome	Grau de Parentesco	Sexo (M/F)

3.11 – Plano SIM Sorrir – Exclusão

Fonte	Dados Pessoais	Finalidade	Base Legal
Plano SIM Sorrir – Exclusão	Nome do Titular, CPF, Nome do Beneficiário, Grau de Parentesco, Data de Nascimento, CPF, Sexo	Exclusão de Associado do SIM - Caixa de Assistência à Saúde, por meio do Plano SIM Sorrir	Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO

Eu _____, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a **exclusão** como associado(a) titular da SIM - Caixa de Assistência à Saúde através do **PLANO SIM SORRIR**, registrado na ANS sob nº 469.217.13-9, conforme segue:

1. Exclusão Associado Titular

() Minha exclusão e consequentemente do(s) meu(s) dependente(s) no Plano SIM Sorrir

2. Exclusão Dependentes

() A exclusão do(s) meu(s) dependente(s) no Plano SIM Sorrir abaixo indicados:

Nome	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	CPF	Sexo (M/F)

3.12 – Central de Atendimento – E-mail

Fonte	Dados Pessoais	Finalidade	Base Legal
Central de Atendimento – E-mail	Nome do Titular, e-mail	Fornecer canal de atendimento aos associados da SIM	Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador

Home » Central de Atendimento – E-mail

Central de Atendimento – E-mail

Seu nome (obrigatório)

Seu e-mail (obrigatório)

Assunto

Sua mensagem

3.13 – Atualização Cadastral

Fonte	Dados Pessoais	Finalidade	Base Legal
Atualização Cadastral	Nome do Titular, CPF, e-mail, Endereço Completo, Telefone (celular, comercial, residencial)	Atualização cadastral dos associados	Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador

[Home](#) » Atualização Cadastral

Atualização Cadastral

Seu nome (obrigatório)

Seu CPF (obrigatório)

Preencha SOMENTE os dados que deseja atualizar.

E-mail

Logradouro

4 – Por quanto tempo armazenamos os dados pessoais?

Os dados pessoais armazenados pela SIM Caixa de Assistência à Saúde permanecem retidos por um prazo que poderá variar de acordo com a finalidade do tratamento dos dados pessoais.

Por respeitarmos o seu direito à privacidade da informação, periodicamente, a cada 12 meses, revisamos a nossa base de dados, para saber se as informações registradas ainda são necessárias, para o alcance da finalidade, inicialmente, pretendida.

Após esse prazo, eliminamos os dados pessoais da nossa base de dados, a não ser que, justificadamente, possam ser anonimizados, sem prejuízo das regulamentações que tratam acerca do tema, em especial, no que diz respeito ao cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador.

5 – Com quem compartilhamos os dados pessoais?

A SIM Caixa de Assistência à Saúde atua em parceria com outras Operadoras de Saúde, empresas parceiras e fornecedores, autoridades, entidades governamentais ou outros terceiros. Assim, poderá compartilhar informações:

- i. Com outras Operadoras de Saúde, constituídas ou atuantes em qualquer Estado do Brasil.
- ii. Com empresas parceiras e fornecedores, na prestação dos serviços voltados ao Titular.
- iii. Com autoridades, entidades governamentais ou outros terceiros, para a proteção dos interesses da SIM Caixa de Assistência à Saúde em qualquer tipo de conflito, incluindo ações judiciais e processos administrativos.
- iv. Mediante ordem judicial ou pelo requerimento de autoridades administrativas que detenham competência legal para a sua requisição.

6 – Quais cookies utilizamos neste site?

Um *cookie* é um pequeno arquivo de texto utilizado pelo nosso site, quando visitado por um usuário, com o objetivo de permitir um funcionamento adequado da plataforma, obter informações mais precisas e otimizar nossas campanhas de marketing e publicidade.

A SIM Caixa de Assistência à Saúde utiliza os seguintes tipos de cookies, de acordo com a ferramenta disponibilizada pela **OneTrust**:



Para a classificação de cookies, empregamos o sistema de classificação proposto e desenvolvido pela Câmara de Comércio Internacional do Reino Unido (ICC), conforme segue:

Cookies estritamente necessários (strictly necessary cookies)

Essenciais para permitir a navegação no site e utilização de recursos e funcionalidades, como o acesso a áreas seguras do site. Sem estes cookies, funcionalidades básicas, tais como carrinho de compras ou faturamento eletrônico, não podem ser fornecidos.

Cookies de desempenho (performance cookies)

Coletam informações sobre como os usuários utilizam e navegam no site, por exemplo: quais páginas os usuários acessam com mais frequência, e se recebem mensagens de erro de páginas da web. Esse tipo de cookie não coleta informações que identificam um usuário. Todas as informações que esses cookies coletam são agregadas e, portanto, anônimas, sendo usado apenas para melhorar o funcionamento do site (medição e melhoria de desempenho do site).

Cookies de funcionalidade (functional cookies)

Permitem que o site lembre das escolhas que o usuário realiza (como o nome de usuário, idioma ou a região em que o usuário se encontra), fornecendo recursos aprimorados e mais pessoais. Por exemplo, um site pode fornecer boletins meteorológicos ou notícias de trânsito locais, armazenando em um cookie a região em que o usuário está localizado no momento. Esses cookies também podem ser usados para lembrar as alterações feitas no tamanho do texto, fontes e outras partes das páginas da web que podem ser personalizadas. Também podem ser utilizados para fornecer serviços solicitados, como assistir a um vídeo ou comentar em um blog.

Cookies de segmentação / publicidade (targeting cookies)

Utilizados para fornecer anúncios mais relevantes para o usuário e seus interesses. Também são usados para limitar o número de vezes que o usuário vê um anúncio, bem como, para ajudar a medir a eficácia de uma campanha publicitária. Normalmente são colocados por redes de publicidade com a permissão do operador do site. Eles se lembram de que o usuário visitou um site, e essas informações são compartilhadas com outras organizações, como anunciantes. Frequentemente, cookies de segmentação ou de publicidade são vinculados à funcionalidade fornecidas por outras empresas.

Caso você queira saber como excluí-los ou restringi-los, use a configuração do seu navegador.

Para desativar os *cookies* em seu navegador, siga as instruções normalmente localizadas nos menus “Ajuda”, “Ferramentas” ou “Editar” no seu navegador. Observe que a desativação de uma das categorias de *cookies* não exclui, automaticamente, os *cookies* armazenados previamente em seu navegador, devendo ser realizada de forma manual pelo usuário.

Você encontrará mais explicações sobre como proceder clicando nos links abaixo.

[Firefox](#), [Chrome](#), [Safari](#) e [Internet Explorer](#)

Lembre-se de que se você bloquear cookies estritamente necessários em nosso site, não poderemos garantir o correto funcionamento de todas as funcionalidades e talvez você não consiga acessar determinadas áreas e/ou páginas.

7 – Direitos do Titular

O Titular de Dados Pessoais poderá entrar em contato conosco para solicitar o cumprimento dos direitos previstos pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Para tanto, basta nos enviar a sua solicitação por meio do seguinte canal de contato dpo@simplanodesaude.com.br.

Destacamos, ainda, os direitos previstos pela legislação indicada (em especial, art. 18 da LGPD), tais como:

- Confirmação da existência do tratamento;
- Acesso aos dados;
- Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados;
- Portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial;
- Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses de cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador e estudo por órgão de pesquisa, garantindo a anonimização dos dados pessoais sempre que possível;
- Transferência a terceiro, desde que respeitados os requisitos de tratamento de dados dispostos na Lei Geral de Proteção de Dados ou uso exclusivo do controlador, vedado seu acesso por terceiro, e desde que anonimizados os dados;
- Informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados;
- Informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; e
- Revogação do consentimento

8 – Dúvidas

Para mais informações, pedimos a gentileza de entrar em contato com nosso Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais (DPO), por meio do e-mail dpo@simplanodesaude.com.br.