Advocates
Caring Partners. Creative Solutions. Better Lives.

Comunicado sobre práticas de privacidade

Suas informações.
Seus direitos.
Nossa responsabilidade.

Este comunicado descreve como as suas informações médicas podem ser usadas e divulgadas, além de explicar como você pode acessar tais informações. Leia atentamente.

Seus direitos	**Você tem os seguintes direitos:** • Obter uma cópia impressa ou eletrônica do seu histórico médico. • Corrigir seu histórico médico impresso ou eletrônico. • Solicitar comunicação confidencial. • Pedir para limitar as informações que compartilhamos. • Obter uma lista de todas as pessoas ou entidades com quem compartilhamos suas informações. • Obter uma cópia deste aviso de privacidade. • Escolher alguém para atuar em seu nome. • Apresentar uma queixa formal se acreditar que seus direitos de privacidade foram violados.	➤ ***Consulte as páginas 2 e 3 para obter mais informações sobre esses direitos e sobre como exercê-los.***
Suas preferências	**Você determina suas preferências em relação a como usamos e compartilhamos suas informações para realizar as seguintes atividades:** • Determinar se podemos contar à sua família e amigos sobre a sua condição. • Fornecer assistência em caso de desastre. • Prover serviços de saúde mental. • Divulgar nossos serviços e vender suas informações. • Arrecadar fundos.	➤ ***Consulte a página 4 para obter mais informações sobre essas preferências e sobre como exercê-las.***
Usos e divulgações	**Podemos usar e compartilhar suas informações para realizar as seguintes atividades:** • Oferecer tratamento a você e administrar nossa organização. • Cobrar os serviços prestados a você. • Auxiliar com questões de saúde e segurança pública. • Fazer pesquisas. • Cumprir a lei, processos e ações judiciais. • Responder a solicitações de doação de órgãos e tecidos. • Colaborar com um médico legista ou agente funerário. • Examinar reivindicações de seguro contra acidentes de trabalho, atender a autoridades policiais e outras solicitações do governo.	➤ ***Consulte a página 5 para obter mais informações.***

Seus direitos

Você tem direitos relacionados às informações sobre sua saúde.
Esta seção explica esses direitos, bem como algumas de nossas responsabilidades em ajudar você.

Neste comunicado sobre práticas de privacidade, a palavra "nós" refere-se tanto à Advocates quanto às seguintes pessoas:

- Qualquer profissional de saúde autorizado a adicionar informações ao seu prontuário.
- Qualquer profissional de saúde que faça parte da equipe da Advocates.
- Todos os membros da força de trabalho da Advocates, incluindo funcionários, equipes, voluntários e demais colaboradores do centro de saúde.

Obter uma cópia eletrônica ou impressa do seu histórico médico	• Você pode pedir para ver seu histórico médico ou receber uma cópia impressa ou eletrônica dele, bem como de outras informações sobre a sua saúde que temos armazenadas. Peça nossa ajuda para solicitar esses documentos. • Nós forneceremos uma cópia ou um resumo de suas informações de saúde dentro de aproximadamente 30 dias após a solicitação. Podemos cobrar uma pequena tarifa pelo custo do serviço.
Solicitar uma correção no seu histórico médico	• Você pode nos pedir para corrigir suas informações de saúde caso considere que estejam incorretas ou incompletas. Para obter instruções sobre esse processo, entre em contato conosco por meio das informações disponibilizadas na página 10. • O seu pedido pode ser negado, mas, se este for o caso, o motivo será informado por escrito dentro de 60 dias.
Solicitar comunicação confidencial	• Você pode definir a forma de contato de sua preferência (como telefone residencial ou comercial) ou solicitar o envio de correspondências para um endereço diferente. • Atenderemos a todos os pedidos razoáveis.
Pedir para limitar o que usamos ou compartilhamos	• Você pode pedir que determinadas informações sobre a sua saúde não sejam usadas ou compartilhadas para fins de tratamento, pagamento ou operações internas. Não temos a obrigação de acatar seu pedido e temos o direito de dizer "não" caso isso afete seu atendimento.

	• Se você pagar do próprio bolso um serviço ou item de assistência médica integralmente, pode pedir que essa informação não seja compartilhada para fins de pagamento ou de nossas operações com sua seguradora de saúde. Esse pedido será atendido a menos que sejamos obrigados por lei a compartilhar tal informação.
Obter uma lista de todas as pessoas ou entidades com quem compartilhamos informações	• Você pode pedir uma lista (contabilização) de todas as vezes que compartilhamos suas informações de saúde, com quem as compartilhamos e por quê. O relatório abrange os seis anos anteriores à data da solicitação. • Incluiremos todas as divulgações, com exceção daquelas relacionadas a tratamento, pagamentos e operações de cuidados de saúde, bem como outros divulgações (por exemplo, que você tenha solicitado). Você tem direito a uma contabilização anual gratuita, mas se solicitar outra dentro de 12 meses, cobraremos uma pequena tarifa associada ao custo do serviço.
Receber uma cópia deste comunicado sobre privacidade	• Você pode solicitar uma cópia impressa deste comunicado a qualquer momento, mesmo que tenha concordado em recebê-lo de forma digital. Providenciaremos imediatamente uma cópia impressa para você.
Escolher alguém para atuar em seu nome	• Se você tiver uma procuração médica ou um responsável legal, essa pessoa poderá exercer seus direitos por você e fazer escolhas sobre suas informações de saúde. • Antes de tomar qualquer medida, nos certificaremos de que a pessoa tenha essa autoridade e possa agir em seu nome.
Apresentar uma queixa se acreditar que seus direitos foram violados	• Se acreditar que tenhamos violado seus direitos, você pode registrar uma queixa. Escreva para o seguinte endereço: **Advocates Chief Compliance Officer** **251 Locke Drive** **Marlborough, MA 01752** Você pode apresentar uma queixa formal junto ao *U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights* (Repartição de Direitos Civis do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA). Envie uma carta para 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, ligue para o número 1-877-696-6775 ou acesse o site **www.hhs.gov/ocr/ privacy/hipaa/complaints/**.

	• Você não sofrerá retaliação por registrar uma queixa.

Suas preferências

Em alguns casos, você pode indicar quais informações sobre a sua saúde podemos compartilhar.

Caso tenha uma preferência clara sobre como compartilhamos suas informações nas situações descritas abaixo, entre em contato conosco. Comunique o que você deseja que façamos e seguiremos suas instruções.

Nestes casos, você tem a opção e o direito de solicitar que façamos o seguinte:	• Compartilhar informações com sua família, amigos próximos ou outras pessoas envolvidas em seus cuidados. • Compartilhar informações para assistência em caso de desastre. *Se você não puder indicar sua preferência (por exemplo, se estiver inconsciente), poderemos compartilhar suas informações se acreditarmos que é para o seu bem. Também poderemos compartilhar suas informações quando necessário para amenizar uma ameaça grave e iminente à saúde ou à segurança.*
Nestes casos, suas informações *nunca* serão compartilhadas, a menos que você nos dê sua permissão por escrito:	• Para fins de marketing. • Venda de suas informações. • Compartilhamento da maioria das notas de psicoterapia.
No caso de arrecadação de fundos:	• Poderemos entrar em contato com você sobre campanhas de arrecadação de fundos, mas você pode pedir para não receber mais esse tipo de comunicação.

Usos e divulgações

Como normalmente usamos ou compartilhamos suas informações de saúde?
De maneira geral, usamos ou compartilhamos suas informações de saúde para os fins indicados a seguir.

Fornecer tratamento	Podemos usar suas informações de saúde e compartilhá-las com outros profissionais que estão cuidando de você.	***Exemplo:*** *Um médico está tratando você de uma lesão e pergunta a outro médico sobre seu estado geral de saúde.*
Administrar nossa organização	Podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para administrar nossa clínica, melhorar o tratamento que oferecemos a você e entrar em contato quando necessário.	***Exemplo:*** *Usamos suas informações de saúde para administrar seu tratamento e os serviços oferecidos.*
Cobrar por serviços prestados	Podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para emitir faturas e receber pagamentos de planos de saúde ou outras entidades	***Exemplo:*** *Fornecemos suas informações ao seu plano de saúde para que o plano pague pelos serviços prestados a você.* *Podemos divulgar cópias do seu histórico completo, incluindo anotações de progresso, em resposta a solicitações de auditoria da sua companhia de seguros.*
Entrar em contato com você	Poderemos usar suas informações de saúde para entrar em contato com você e fornecer instruções de tratamento ou cuidados de acompanhamento ou, ainda, para comunicar os serviços que prestamos.	***Exemplo:*** *Podemos entrar em contato para informar sobre consultas agendadas ou canceladas, comunicar atualizações de registro ou seguro, resolver questões de cobrança ou pagamento, fazer avaliação antes de um procedimento, realizar pesquisas de satisfação ou compartilhar resultados de exames.*

De que outra forma podemos usar ou compartilhar suas informações de saúde?
Temos permissão ou a obrigação de compartilhar suas informações de outras formas – geralmente de maneiras que contribuam para o bem da sociedade, como saúde pública e pesquisa. Temos que atender diversas condições legais antes de compartilhar suas informações para tais fins. Para mais informações, consulte o link a seguir: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html**.

Auxiliar com questões de saúde e segurança pública	Podemos compartilhar suas informações de saúde para determinados fins, como: • Prevenir doenças. • Auxiliar nos recalls de produtos. • Relatar reações adversas a medicamentos. • Denunciar suspeitas de abuso, negligência ou violência doméstica. • Prevenir ou reduzir uma ameaça grave à saúde ou segurança de alguém.
Fazer pesquisas	Podemos usar ou compartilhar suas informações para a realização de pesquisas em saúde. Na maioria dos casos, as informações são desidentificadas antes de serem compartilhadas; caso isso não seja possível, as informações só serão partilhadas perante o seu consentimento.
Obedecer a lei	Compartilharemos suas informações se as leis estaduais ou federais assim exigirem, inclusive com o *Department of Health and Human Services* (Departamento de Saúde e Serviços Humanos) para comprovar que estamos cumprindo a lei federal de privacidade.
Responder a solicitações de doação de órgãos e tecidos	Podemos compartilhar suas informações de saúde com organizações de aquisição de órgãos.
Colaborar com um médico legista ou agente funerário	Podemos compartilhar informações de saúde com um médico legista ou agente funerário no caso de morte.

Examinar reivindicações de seguro contra acidentes de trabalho, atender a autoridades policiais e outras solicitações do governo.	Podemos usar ou compartilhar suas informações de saúde para os seguintes fins: • Processar reivindicações seguro contra acidentes de trabalho. • Garantir o cumprimento da lei ou sob solicitação de uma autoridade policial. • Cooperar com órgãos de fiscalização sanitária em atividades autorizadas por lei. • Atender a funções governamentais especiais, como militares, de segurança nacional e serviços de proteção presidencial.
Responder a processos e ações judiciais	Podemos compartilhar suas informações de saúde mediante uma ordem judicial ou administrativa ou em resposta a uma intimação (a menos que sejam aplicáveis normas estaduais mais rigorosas que impeçam tal compartilhamento).

De modo geral, solicitaremos o seu consentimento por escrito ou uma ordem judicial antes de compartilhar certas informações confidenciais, como as indicadas a seguir:

- Histórico de uso de álcool e outras substâncias. As leis e regulamentos federais protegem a confidencialidade do histórico de pacientes com transtorno por uso de substâncias. Veja o AVISO SOBRE PROTEÇÕES ADICIONAIS DE REGISTROS DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS anexado a este Aviso.
- Informações relacionadas a AIDS, ARC ou HIV, incluindo, entre outras, a situação ou os resultados de exames, independentemente de serem positivos ou negativos.
- Doenças sexualmente transmissíveis.
- Resultados de testes genéticos.
- Consentimento para aborto.
- Aconselhamento de vítimas de violência doméstica ou agressão sexual.
- Certa documentação de psicoterapia.
- Comunicações com provedores de saúde mental e assistentes sociais.

Nossas responsabilidades

- Somos obrigados por lei a preservar a privacidade e a segurança das suas informações de saúde.
- Caso ocorrer uma violação que possa comprometer a privacidade ou a segurança de suas informações, entraremos em contato imediatamente.
- Temos a obrigação de seguir as funções e práticas de privacidade descritas neste comunicado e fornecer uma cópia a você.
- Suas informações não serão usadas ou compartilhadas de outra forma além daquelas descritas neste documento, a menos que você formalize um pedido por escrito. Se nos der essa permissão, você tem o direito de mudar de ideia quando quiser. Se você mudar de ideia, comunique essa decisão por escrito.

Para mais informações, consulte o link a seguir:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Por quanto tempo armazenamos suas informações?
As informações de saúde são armazenadas em formato impresso, eletrônico ou fotográfico e mantidas por 20 anos após a alta ou o tratamento final de um paciente. Outros registros são mantidos de acordo com as leis ou os regulamentos estaduais e federais. Uma cópia das nossas diretrizes de retenção de registros médicos pode ser disponibilizada mediante solicitação.

Alterações dos termos deste comunicado
Podemos alterar os termos deste comunicado. Essas alterações afetarão as informações que temos sobre você. Nesse caso, o novo comunicado estará disponível em nossa clínica e no nosso site, mediante solicitação.

Reclamações
Se você acredita que seus direitos de privacidade foram violados, pode registrar uma queixa conosco ou junto à *Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services* (Secretaria do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA). Para registrar uma queixa conosco, entre em contato com nosso Diretor de Conformidade pelo endereço 251 Locke Drive, Marlborough, MA 01752 ou pelo e-mail **CCO@Advocates.org**. Todas as queixas devem ser apresentadas por escrito. Você pode entrar em contato com o Diretor de Privacidade pelo telefone 877 296-5432 para obter assistência ao escrever sua reclamação, se necessário. Você não sofrerá retaliação por registrar uma queixa.

Entre em contato

Se tiver alguma dúvida sobre este comunicado sobre práticas de privacidade, entre em contato com:

Diretor de Conformidade (CCO) da Advocates
Telefone: 877-296-5432
E-mail: **CCO@Advocates.org**

Informações de contato para solicitar histórico médico:

Records Center
251 Locke Drive
Marlborough, MA 01752
Telefone: 508-628-6300
E-mail: **RecordsCenter@Advocates.org**

O aviso entrou em vigor em 21 de fevereiro de 2024 e foi revisado mais recentemente em 16 de fevereiro de 2026.

AVISO SOBRE PROTEÇÕES ADICIONAIS PARA REGISTROS DE TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Nosso Aviso de práticas de privacidade do HIPAA ("HIPAA NPP") visa todos os nossos clientes. Se você receber tratamento, diagnóstico ou encaminhamento para tratamento em um dos nossos programas de tratamento para transtornos por uso de substâncias ("programas da Parte 2"), a confidencialidade dos seus registros mantidos nesses programas ("registros da Parte 2") estará sujeita a proteções adicionais conforme as leis e regulamentos federais 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 U.S.C. 290ee-3 e 42 C.F.R. Parte 2 ("Parte 2").

ESTE AVISO COMPLEMENTA O HIPAA NPP E DESCREVE:

I. COMO OS SEUS REGISTROS DA PARTE 2 PODEM SER USADOS E DIVULGADOS:
II. SEUS DIREITOS QUANTO AOS REGISTROS DA PARTE 2: E
III. COMO APRESENTAR UMA RECLAMAÇÃO QUANTO A VIOLAÇÕES DA PRIVACIDADE OU PROTEÇÃO DOS SEUS REGISTROS DA PARTE 2, OU DOS SEUS DIREITOS QUANTO AOS SEUS REGISTROS DA PARTE 2.

VOCÊ TEM DIREITO A RECEBER UMA CÓPIA DESTE AVISO (IMPRESSA OU ELETRÔNICA) E CONTATAR O DIRETOR DE CONFORMIDADE DA ADVOCATES PELO TELEFONE 877-296-5432 OU E-MAIL **CCO@Advocates.org** SE TIVER DÚVIDAS.

I. USOS E DIVULGAÇÕES

Nossos programas da Parte 2 podem usar e divulgar seus registros da Parte 2 somente na forma descrita nesta seção, ou mediante seu consentimento por escrito.

(A) Usos e divulgações permitidos de registros da parte 2 sem consentimento

- Para se comunicar com outros membros da equipe dentro do programa da Parte 2 que necessitam de informações em cumprimento de suas obrigações de fornecer diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento ou para pessoas/órgãos com controle administrativo direto sobre o programa da Parte 2.
- Para organizações de serviços qualificadas que prestam serviços para nós ou em nosso nome.
- Para órgãos ou autoridades policiais caso você cometa, ou ameace cometer, um crime em nossas instalações ou contra nosso pessoal.
- Para denunciar suspeita de abuso e negligência infantil, conforme a legislação estadual.
- Para profissionais de saúde em uma emergência médica sob certas condições.
- Para fins de pesquisa, caso determinadas condições sejam atendidas.
- Para profissionais qualificados para fins de gestão e auditoria financeira ou avaliação de programas, que concordem por escrito em cumprir as limitações sobre uso e divulgação.
- Para uma autoridade de saúde pública, se as informações tiverem sido devidamente desvinculadas de identificação.

(B) Usos e divulgações permitidos que exigem consentimento

- Para fins de tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde.
- Nosso programa Parte 2 solicitará que você forneça um consentimento escrito único para todos os usos ou divulgações futuros das suas informações para fins de tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde, a fim de garantir que você receba o mais alto nível de coordenação de cuidados. Se você não assinar este consentimento, talvez não possamos tratar você. Este consentimento permanecerá em vigor até que você o revogue por escrito.
- (Você também pode fornecer consentimento para finalidades mais limitadas [p. ex., autorizar apenas a divulgação de informações a outro provedor de cuidados de saúde para o seu tratamento]; no entanto, isso pode afetar os serviços que podemos oferecer a você ou a forma como você paga por esses serviços.)
- Os registros divulgados para nós ou para outro programa da Parte 2, entidade coberta ou associado comercial, conforme o seu consentimento por escrito para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde, podem ser ainda divulgados por nós ou por esse programa da Parte 2, entidade coberta ou associado comercial, sem o seu consentimento por escrito, na medida em que os regulamentos da HIPAA permitam tal divulgação.
- Nosso programa da Parte 2 pode usar ou divulgar registros para arrecadar fundos em benefício do programa da Parte 2, somente se você tiver oportunidade clara e evidente de optar por não receber comunicações de arrecadação de fundos.
- Nosso programa da Parte 2 pode realizar usos e divulgações não descritos neste aviso apenas com o seu consentimento por escrito.

(C) Direito de revogar ou retirar este consentimento

Você pode revogar ou retirar seu consentimento por escrito a qualquer momento, enviando uma solicitação de revogação por escrito ao endereço informado no final do Aviso de Práticas de Privacidade da HIPAA ou enviando uma solicitação por escrito ao programa da Parte 2. Disso feito, deixaremos de usar ou divulgar seus registros da Parte 2, exceto na medida em que já tenhamos tomado providências com base nesse consentimento.
Se você foi obrigado(a) a realizar tratamento pelo sistema de justiça criminal (incluindo tribunal de tratamento de drogas, liberdade condicional ou liberdade vigiada) e assinar um consentimento autorizando divulgações para elementos do sistema de justiça criminal, como o tribunal, oficiais de liberdade condicional, agentes de liberdade vigiada, promotores ou outras autoridades de aplicação da lei, seu direito de revogar o consentimento pode ser mais restrito e isso deve ser claramente explicado no consentimento que você assinar.

(D) Usos ou divulgações mediante processos legais e ordens judiciais
Devemos seguir determinados procedimentos antes de usar ou compartilhar suas informações para fins de investigações e procedimentos legais.

- Não usaremos nem compartilharemos suas informações, nem forneceremos depoimentos sobre suas informações em quaisquer processos civis, administrativos, criminais ou legislativos contra você sem seu consentimento por escrito ou por ordem judicial.
- Somente cumpriremos uma ordem judicial que imponha o uso ou compartilhamento de suas informações de saúde se ela for acompanhada de uma intimação ou outra exigência legal semelhante que nos obrigue a cumprir.
- Somente usaremos ou compartilharemos suas informações em processos contra você mediante uma ordem judicial depois de termos recebido notificação e oportunidade de manifestação ou se você nos informar que recebeu essa notificação.
- Podemos usar ou compartilhar suas informações para responder a processos judiciais contra nosso por motivo de uma ordem judicial, e é possível que você não seja notificado(a) antecipadamente. Você tem direito de tentar revogar ou alterar a ordem judicial após tomar conhecimento dela.

II. Seus direitos referentes aos seus registros da Parte 2

Como cliente em nosso programa Parte 2, você possui todos os direitos previstos no aviso de práticas de privacidade da HIPAA, incluindo o direito de solicitar restrições quanto às divulgações feitas com consentimento prévio para fins de tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde..
Você também tem o direito de obter um registro das divulgações de registros eletrônicos da Parte 2 feitas com o seu consentimento nos últimos três anos, incluindo divulgações para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde quando essas divulgações forem feitas por meio de um registro eletrônico de saúde.

III. Como apresentar uma reclamação

Veja o Aviso de Práticas de Privacidade da HIPAA para mais informações sobre como apresentar uma reclamação.

A data de vigência deste aviso é 16 de fevereiro de 2026.

Confirmação do comunicado sobre práticas de privacidade

Ao assinar abaixo, eu, (*nome da pessoa atendida*)_____, confirmo ter recebido uma cópia do comunicado atual sobre práticas de privacidade da (*nome da organização*)_____. Confirmo ter lido e compreendido os termos deste comunicado, e que tive oportunidade de fazer perguntas sobre o uso ou divulgação das minhas informações de saúde.

_____

Assinatura da pessoa atendida/representante pessoal (se aplicável)

_____

Data

_____

Nome impresso do representante pessoal

_____

Relação com a pessoa atendida

RESERVADO PARA USO INTERNO

O comunicado sobre práticas de privacidade foi fornecido ao indivíduo no dia (*data*) _____ **da seguinte forma:**

- ☐ Pessoalmente
- ☐ Por correspondência por correio
- ☐ Por e-mail
- ☐ Outra forma: _____

Não foi possível obter consentimento e confirmação por escrito porque:

- ☐ A pessoa atendida/representante legal se recusou a assinar
- ☐ Verificação de recebimento de e-mail
- ☐ Outro motivo: _____

Nome e cargo do funcionário: _____

Assinatura do funcionário: _____

Data: _____

****

Formulário de arquivo no registro