

**SUPERMERCADOS HANNAFORD  
DECLARAÇÃO DE MEDIDAS DE PRIVACIDADE  
PARA FARMÁCIAS**

**Data de entrada em vigor original: 14 de abril de 2003  
Atualizado em: 1º de setembro de 2010, 1º de setembro de 2013, 1º de agosto de 2021**

**A PRESENTE DECLARAÇÃO DESCREVE DE QUE MANEIRA SEUS DADOS MÉDICOS PODEM VIR A SER  
USADOS E DIVULGADOS E DE QUE MANEIRA VOCÊ PODE OBTER ACESSO A ESSES DADOS.  
LEIA COM ATENÇÃO.**

A Hannaford Bros. Co., LLC tem um compromisso firme e duradouro de proteger a privacidade de nossos clientes. A presente declaração descreve as medidas de proteção da privacidade adotadas pelos serviços farmacêuticos prestados pelas farmácias Hannaford. A maneira pela qual a privacidade de suas informações de saúde será protegida todas as vezes que frequentar ou receber serviços prestados por uma de nossas farmácias está descrita na presente declaração.

Somos obrigados por lei a proteger a privacidade de suas informações de saúde, a fornecer esta declaração detalhada das nossas obrigações legais e das medidas tomadas para proteger a privacidade de suas informações de saúde e cumprir as disposições da declaração que está em vigor. Também somos obrigados a avisá-lo(a) caso seja afetado(a) por uma violação das informações de saúde protegidas (doravante designadas como PHI, do inglês “protected health information”) que estavam sem proteção. Para obter mais informações, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html). Suas informações não serão usadas nem compartilhadas salvo de acordo com as disposições nesta declaração.

**I. USO E DIVULGAÇÃO PARA TRATAMENTOS, PAGAMENTOS E OPERAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

O uso e a divulgação das informações de saúde para fins de tratamentos, pagamentos e operações de assistência à saúde são permitidos pela Norma de Privacidade federal e serão autorizados mediante sua assinatura no registro de assinaturas nas farmácias. As disposições a seguir descrevem as diversas maneiras pelas quais possivelmente usaremos ou divulgaremos suas PHI para esses fins.

**Para tratamentos.** Suas PHI serão usadas e divulgadas quando lhe prestarmos serviços farmacêuticos e possivelmente divulgaremos informações a outras partes que também lhe prestam assistência. Por exemplo, os funcionários de nossa farmácia usarão suas PHI para fornecer os medicamentos receitados de acordo com as instruções do seu profissional de saúde. É possível que entremos em contato com seu profissional de saúde para discutir sua receita médica, possíveis interações medicamentosas ou outras questões.

**Para pagamentos.** É possível que usemos e divulguemos suas PHI para fins de cobrança e pagamento ou para atender às necessidades de cobrança e pagamento de outro prestador de assistência à saúde. É possível que divulgaremos suas PHI ao seu representante, a uma empresa de seguro de saúde ou de assistência gerenciada, à Medicare, à Medicaid, a outro terceiro pagador ou a outra entidade de assistência à saúde. Por exemplo, é possível que entremos em contato com seu plano de saúde para confirmar a cobertura de determinado medicamento receitado ou qual é o valor do seu copagamento.

**Para operações de assistência à saúde.** É possível que usemos e divulguemos suas PHI conforme necessário para realizarmos nossas operações de assistência à saúde como, por exemplo, gerenciamento, avaliação de funcionários, formação e treinamento. Por exemplo, é possível que usemos e divulguemos suas PHI para analisar e melhorar a qualidade de nossos serviços.

**Lembretes sobre medicamentos receitados.** É possível que usemos ou divulguemos suas PHI para oferecer “lembretes de reabastecimento” para lembrá-lo(a) de que seus medicamentos receitados estão prontos para serem retirados na farmácia ou de que está na hora de reabastecer o medicamento.

**Tratamentos alternativos e benefícios e serviços relacionados à saúde.** É possível que usemos ou divulguemos suas PHI para informá-lo(a) sobre tratamentos alternativos e benefícios e serviços relacionados à saúde que talvez lhe interessem. Não venderemos listas com os nomes dos clientes da farmácia ou outras PHI a terceiros para fins de marketing.

**II. USO E DIVULGAÇÃO ESPECÍFICOS DE SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE**

As disposições a seguir descrevem as diversas maneiras pelas quais possivelmente usaremos ou divulgaremos suas PHI.

**Para o paciente ou seu representante para seu próprio uso.** A pedido, divulgaremos suas PHI à sua pessoa ou ao seu representante (uma pessoa autorizada por lei a agir em seu nome em relação a assuntos de assistência à saúde).

**Pessoas que lhe prestam assistência ou responsáveis pelo pagamento de sua assistência.** Salvo objeção por escrito, é possível que divulguemos suas PHI a um familiar, amigo íntimo ou cuidador que lhe presta assistência ou é responsável pelo pagamento de sua assistência; além disso, é possível que divulguemos as PHI para avisar um familiar, amigo íntimo ou cuidador sobre seu estado geral ou paradeiro. A menos que um familiar esteja autorizado por lei a agir em seu nome, apenas divulgaremos informações pertinentes ao grau de envolvimento daquele familiar na prestação de sua assistência ou pelo pagamento de sua assistência.

**Conforme exigido por lei.** É possível que usemos ou divulguemos suas PHI quando formos obrigados por lei a fazê-lo.

**Atividades de vigilância em saúde.** É possível que divulguemos suas PHI a uma agência de vigilância em saúde como, por exemplo, a diretoria da farmácia, para a realização de atividades permitidas ou exigidas por lei, tais como auditorias, investigações e inspeções ou para a realização de atividades que envolvem a vigilância pelo governo do sistema de assistência à saúde.

**Parceiros comerciais.** É possível que divulguemos suas informações de saúde protegidas a um terceirizado ou prestador de serviços (doravante denominado “parceiro comercial”) que precisa das informações para poder prestar serviços para a farmácia e tenha concordado em proteger o sigilo dessas informações.

### **III. DIVULGAÇÕES PERMITIDAS DE SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE**

Além das divulgações descritas acima, é possível que façamos as seguintes divulgações, desde que observados os termos e limites estabelecidos pela legislação federal e estadual. Observação: em alguns casos, as divulgações descritas a seguir podem ser exigidas por lei e, portanto, são também cobertas pela Seção II acima.

**Atividades de saúde pública.** É possível que divulguemos suas PHI a um órgão de saúde pública encarregado de, por exemplo, prevenir ou controlar doenças, lesões ou incapacidades.

**Denúncia sobre vítimas de abuso, negligência ou violência doméstica.** Caso suspeitemos que você tenha sido vítima de abuso, negligência ou violência doméstica, é possível que usemos e divulguemos suas PHI para alertar tal fato a uma agência do governo, caso permitido ou exigido por lei.

**Para prevenir uma séria ameaça à saúde ou à segurança.** É possível que usemos ou divulguemos as PHI quando necessário para prevenir uma séria ameaça à sua saúde ou segurança ou à saúde ou segurança pública ou de outra pessoa, e essa divulgação será limitada a alguém com capacidade de atenuar ou prevenir tal ameaça. Por exemplo, é possível que divulguemos as PHI para ajudar no caso de recolhimento de produto ou informar a ocorrência de reações adversas a medicamentos.

**Para realizar pesquisas.** Em alguns casos, é possível que usemos ou compartilhem suas informações para fins de pesquisa, desde que os procedimentos exigidos por lei para proteger a privacidade dos dados de pesquisa sejam cumpridos.

**Processos judiciais e administrativos.** É possível que divulguemos suas PHI para cumprir com um mandado judicial ou ordem administrativa. Além disso, é possível que divulguemos suas PHI para atender a uma intimação judicial, um pedido para produção de prova ou outro processo permitido por lei caso nos seja comprovado que a parte que está solicitando as informações realizou todos os esforços plausíveis para (i) notificá-lo(a) de tal pedido para dar-lhe a oportunidade de contestar ou (ii) obter uma medida cautelar qualificada.

**Autoridades policiais.** É possível que divulguemos suas PHI para determinados fins policiais, incluindo, por exemplo, cumprir com obrigações de denúncia; cumprir com uma ordem ou mandado judicial ou ato jurídico semelhante ou responder a determinados pedidos de informação relacionados a um processo criminal.

**Agentes do serviço de verificação de óbito, médicos legistas, agentes funerários, organizações de colheita de órgãos.** Caso você venha a falecer, é possível que suas PHI sejam divulgadas a um agente do serviço de verificação de óbito, médico legista ou agente funerário ou, caso você seja doador de órgãos, a uma organização responsável pela doação de órgãos e tecidos.

**Assistência em casos de desastre.** É possível que divulguemos PHI limitadas sobre sua pessoa a uma organização de assistência em casos de desastre.

**Órgãos militares, de assistência a veteranos de guerra e outras agências de governo específicas.** Caso você faça parte das forças armadas, é possível que usemos e divulguemos suas PHI conforme exigido por agentes de comando militar. É possível que divulguemos as PHI para fins de segurança nacional ou caso necessário para proteger o Presidente dos Estados Unidos ou outros agentes do governo específicos ou para a realização de alguns tipos especiais de investigação.

**Indenização trabalhista.** É possível que usemos ou divulguemos suas PHI para cumprir com leis relacionadas a programas de indenização trabalhista ou semelhantes.

**Presidiários/Indivíduos sob guarda policial.** Caso você esteja sob a guarda de um agente policial ou instituição penitenciária, é possível que divulguemos suas PHI a essa instituição ou agente para determinadas finalidades, incluindo a saúde e a segurança da sua pessoa e de outros.

**Delatores.** Caso um funcionário ou parceiro comercial acredite em boa fé que nossa empresa esteja praticando atividades ilícitas ou descumprindo com normas profissionais ou clínicas, é possível que ele ou ela divulgue suas PHI a um advogado ou agente de saúde pública quando estiver relatando suas preocupações àquele advogado ou agente de saúde pública.

**Atendimento e cumprimento da HIPAA.** É possível que divulguemos suas PHI ao Ministério da Saúde e Serviços Humanos para atender e cumprir com as exigências da Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde (do inglês Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

#### **IV. USO E DIVULGAÇÃO COM SUA PERMISSÃO**

Salvo disposição em contrário nesta declaração, a Hannaford não tem a intenção de usar ou divulgar suas informações de saúde protegidas.

Caso exista intenção de usar ou divulgar as PHI para outras finalidades, sua permissão será exigida para determinados tipos de uso ou divulgação e você terá o direito de revogar tal permissão por escrito em qualquer momento. A referida permissão não está incluída quando você assinar o termo de ciência desta declaração. Nunca compartilharemos suas informações para finalidades de marketing nem venderemos suas informações, a menos que recebamos sua permissão por escrito.

Uma vez que suas informações de saúde tenham sido divulgadas conforme sua permissão, é possível que a proteção oferecida pela HIPAA deixe de ser válida para as informações de saúde divulgadas e é possível que tais informações sejam repassadas pelo destinatário sem nosso conhecimento ou permissão.

#### **V. SEUS DIREITOS EM RELAÇÃO ÀS SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE**

Seus direitos em relação às suas PHI estão descritos a seguir. Todos estes direitos estão sujeitos a determinadas exigências, restrições e exceções. Talvez seja necessário protocolar um pedido por escrito à farmácia para que esses direitos possam ser exercidos. A pedido, a farmácia lhe providenciará o formulário específico que precisa ser preenchido. Você tem o direito de:

**Solicitar restrições.** Você tem o direito de solicitar restrições de uso ou divulgação de suas PHI para o tratamento, pagamento ou operações de assistência à saúde. Você também tem o direito de solicitar restrições em relação às PHI que divulgamos sobre sua pessoa a um familiar, amigo ou outra pessoa que lhe presta assistência ou é responsável pelo pagamento de sua assistência. Esse pedido precisa ser feito por escrito. Nós lhe enviaremos uma resposta por escrito informando se concordamos ou não com seu pedido.

Não somos obrigados a concordar com seu pedido de restrição (exceto no caso de você possuir competência mental para limitar a divulgação a familiares ou amigos). Caso concordemos em aceitar seu pedido de restrição, atenderemos ao seu pedido salvo quando necessário para prestar-lhe atendimento de emergência ou de acordo com a legislação federal e estadual. Contudo, caso você tenha pagado o valor total de despesas não cobertas por um medicamento e não queira que divulguemos ao seu plano de saúde as PHI relacionadas àquele medicamento para fins de pagamento ou operações de assistência à saúde, somos obrigados a atender seu pedido.

**Acesso às suas informações de saúde pessoais.** Você tem o direito de examinar e obter uma cópia de suas PHI que pode vir a ser usada para tomar decisões sobre sua pessoa – o denominado “prontuário designado” – por todo o tempo em que mantivermos suas PHI. O prontuário designado geralmente inclui dados sobre receitas médicas, registros de cobranças ou outras informações por escrito que podem vir a ser usadas para tomar decisões sobre sua assistência, sujeito a algumas exceções. Esse pedido precisa ser feito por escrito. Em geral, somos obrigados a conceder-lhe acesso a seu prontuário no prazo de 30 (trinta) dias após o recebimento de seu pedido. Para poder examinar ou copiar suas PHI, é necessário enviar um pedido por escrito ao representante de privacidade da HIPAA no endereço fornecido abaixo e preencher o formulário de autorização específico. De acordo com a lei vigente, na maioria dos casos é possível que cobremos uma taxa plausível para cobrir nossas despesas com impressão e envio pelo correio das informações solicitadas.

Caso você solicite informações de prontuário que não são mantidas por nossa empresa, lhe informaremos por escrito quem está de posse dessas informações caso seja de nosso conhecimento.

Em alguns casos limitados, é possível que seu pedido de examinar ou receber uma cópia seja indeferido, e isso lhe será informado por escrito. Caso seu pedido de acesso às PHI seja indeferido, você pode apelar tal indeferimento ao enviar um pedido por escrito ao representante de privacidade da HIPAA no endereço fornecido abaixo. O pedido de apelação será realizado por um profissional de saúde qualificado que não participou da decisão de indeferir o pedido.

Desde que mantenhamos um prontuário eletrônico com suas PHI, você também tem o direito de receber tais PHI eletrônicas em formato eletrônico e no formato que você solicitar caso ele possa ser facilmente gerado ou, caso contrário, em um formato eletrônico legível e no formato mutuamente acordado e de nos pedir para transmitir uma cópia eletrônica diretamente a um terceiro

que você tiver nomeado. De acordo com a lei vigente, é possível que cobremos uma taxa plausível para cobrir as despesas com impressão, transmissão e/ou envio pelo correio de suas PHI em resposta a seu pedido.

- **Observação: pedidos de cópias de informações sobre medicamentos feitos à farmácia para fins fiscais não serão tratados como sendo pedidos de acesso formais e serão tratados diretamente pela farmácia. Caso queira exercer seu direito de acesso às suas PHI, você precisa pedir ao farmacêutico um formulário especial denominado “HIPAA Request for Access” (pedido de acesso de acordo com a HIPAA).**

**Pedido de correção.** Você tem o direito de pedir que suas PHI mantidas pela farmácia sejam corrigidas enquanto as informações forem mantidas pela farmácia ou em nome dela. O pedido precisa ser feito por escrito e deve explicar o motivo pelo qual tal correção está sendo solicitada.

É possível que o seu pedido de correção seja indeferido se as informações (a) não tenham sido criadas pela farmácia, salvo quando a parte originadora de tais informações não esteja mais disponível para atender a seu pedido; (b) não façam parte das PHI mantidas pela farmácia ou em nome dela; (c) não façam parte das informações as quais você tem direito de acesso ou (d) já estejam exatas e completas caso assim determinado pela farmácia.

Caso seu pedido de correção seja indeferido, nós lhe enviaremos um aviso de indeferimento por escrito no qual estarão descritos os motivos do indeferimento e explicando seu direito de apelar tal indeferimento por escrito.

- **Observação: pedidos simples como mudança de endereço ou de informações de seguro feitos à farmácia não serão tratados como sendo pedidos de correção formais e serão tratados diretamente pela farmácia. Caso queira exercer seu direito de fazer um pedido de correção às suas PHI, você precisa pedir ao farmacêutico um formulário especial denominado “HIPAA Request for Amendment” (pedido de correção de acordo com a HIPAA).**

**Pedido de detalhamento das divulgações.** Você tem um direito de pedir o “detalhamento” de determinadas divulgações de suas PHI. Isso é uma lista elencando as divulgações feitas pela farmácia ou por outras partes em nome dela, mas não inclui as divulgações para tratamento, pagamento e operações de assistência à saúde, as divulgações feitas com base em sua permissão e outras exceções específicas.

Para pedir um detalhamento das divulgações, você precisa pedir ao farmacêutico um formulário especial denominado “HIPAA Request for Accounting” (pedido de detalhamento de acordo com a HIPAA), declarando um período dentro do prazo de seis anos da data de seu pedido e elencando a localização de todas as farmácias que fazem parte do seu pedido de detalhamento. O primeiro detalhamento prestado no período de doze meses será gratuito, mas é possível que lhe cobremos uma taxa para cobrir nossas despesas no caso de pedidos futuros.

**Pedido de comunicação sigilosa por meios alternativos.** Você tem o direito de pedir que utilizemos determinados meios de comunicação para nos comunicarmos com sua pessoa sobre assuntos relacionados à sua saúde. Seu pedido será atendido na medida do possível.

- **Observação: pedidos simples feitos à farmácia como, por exemplo, telefonar para o paciente em outro local quando o medicamento estiver pronto para ser retirado, não serão tratados como sendo pedidos de comunicação sigilosa e serão tratados diretamente pela farmácia. Caso queira exercer seu direito de fazer um pedido de comunicação sigilosa por meios alternativos, você precisa pedir ao farmacêutico um formulário especial denominado “HIPAA Request for Confidential Communications” (pedido de comunicação sigilosa de acordo com a HIPAA).**

**Pedido de representação por terceiro.** Caso você tenha dado a alguém uma procuração médica ou caso a pessoa seja seu representante legal, ela tem o poder de exercer seus direitos e tomar decisões relacionadas às suas informações de saúde. Nossa empresa se certificará de que essa pessoa de fato está autorizada a agir em seu nome antes de atendermos a qualquer pedido.

**Pedido de uma via impressa desta declaração.** Você tem o direito de obter uma via impressa desta declaração, mesmo que tenha concordado em receber a presente declaração em formato eletrônico. Você pode pedir uma cópia desta declaração em qualquer momento. Além disso, é possível obter uma cópia desta declaração na nossa página da internet, [www.hannaford.com](http://www.hannaford.com), e no nosso aplicativo de farmácia.

## **VI. PARA OBTER MAIS INFORMAÇÕES OU FAZER UMA QUEIXA**

Caso tenha dúvidas sobre a presente declaração ou deseje obter mais informações sobre seus direitos de privacidade de acordo com a HIPAA, entre em contato com o representante de privacidade da HIPAA pelo telefone 207-885-3091, P.O. Box 1000, Mail Sort 9805, Portland, ME 04104 ou [privacy@retailbusinessservices.com](mailto:privacy@retailbusinessservices.com). Caso acredite que houve violação de seus direitos de privacidade, você pode fazer uma queixa por escrito junto à farmácia ou junto à Secretaria de Direitos Civis (Office for Civil Rights) do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (U.S. Department of Health and Human Services). Não praticaremos nenhum tipo de retribuição contra você caso faça uma queixa.

Para fazer uma queixa junto à farmácia, peça um formulário de queixa de acordo com a HIPAA (HIPAA Complaint Form) na sua farmácia ou entre em contato com o representante de privacidade da HIPAA descrito acima. Para fazer uma queixa junto à Secretaria de Direitos Civis, envie sua queixa por escrito pelo correio à Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ou por e-mail ao endereço [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov) ou em formato eletrônico no endereço [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf).

## **VII. ALTERAÇÕES À PRESENTE DECLARAÇÃO**

Reservamo-nos o direito de fazer alterações à presente declaração e de fazer com que as disposições revisadas ou novas da declaração passem a vigorar para todas as PHI já recebidas e mantidas pelas farmácias, bem como para todas as PHI que recebermos no futuro. Uma cópia da declaração revisada será publicada na nossa página da internet, [www.hannaford.com](http://www.hannaford.com) e no nosso aplicativo, e uma via impressa da declaração revisada estará disponível nas farmácias Hannaford.

## **VIII. LEGISLAÇÃO ESTADUAL MAIS RIGOROSA**

Caso as leis ou normas de seu estado forem mais rigorosas que a Norma de Privacidade da HIPAA, temos obrigação de cumpri-las. Caso queira mais informações sobre as proteções oferecidas pela legislação estadual do seu estado, entre em contato com o representante de privacidade da HIPAA pelo telefone 207-885-3091, P.O. Box 1000, Mail Sort 9805, Portland, ME 04104 ou [privacy@retailbusinessservices.com](mailto:privacy@retailbusinessservices.com).

### **Confirmação de recebimento da declaração de medidas de privacidade**

Caso não tenha assinado abaixo confirmando o recebimento desta declaração na farmácia, preencha a seção abaixo, destaque-a e entregue-a na farmácia onde adquiriu sua receita médica:

**Eu, abaixo assinado, declaro que recebi uma cópia da declaração de medidas de privacidade da farmácia Hannaford:**

\_\_\_\_\_  
Nome do cliente

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome da farmácia / Endereço

\_\_\_\_\_  
Número da receita

Caso assinado pelo representante do paciente, escreva seu nome com letra de forma e descreva o relacionamento com o cliente ou outro tipo de mandato para agir em nome do paciente:

\_\_\_\_\_  
Nome em letra de forma

\_\_\_\_\_  
Relacionamento com o paciente